

Consentimiento para Tratamiento con Láser

Consentimiento informado para tratamientos de depilación láser, IPL y resurfacing de piel con láser

Información del Cliente

Nombre *

Apellido *

Correo Electrónico *

Número de Teléfono *

Fecha de Nacimiento *

DD / MM / AAAA

Detalles del Tratamiento

Tipo de Tratamiento Láser *

- ☐ Depilación Láser
- ☐ Fotofacial IPL
- ☐ Resurfacing de Piel con Láser (Fraccionado CO2, Erbio)
- ☐ Eliminación de Tatuajes con Láser
- ☐ Láser Vascular (Arañas Vasculares, Enrojecimiento)
- ☐ Láser de Pigmentación (Manchas Solares, Melasma)

Áreas de Tratamiento *

- | | | |
|---------------------------------------|---|--|
| ☐ Cara | ☐ Cuello | ☐ Pecho |
| ☐ Brazos | ☐ Axilas | ☐ Espalda |
| ☐ Abdomen | ☐ Área de Bikini | ☐ Piernas Completas |
| ☐ Pantorrillas | ☐ Manos | |

Número de Sesión

Evaluación de Salud

¿Estás actualmente embarazada o amamantando? *

☐ Sí ☐ No

¿Has estado expuesto al sol, autobronceador o camas de bronceado en las últimas 2-4 semanas? *

☐ Sí ☐ No

¿Estás tomando medicamentos fotosensibilizantes (antibióticos, retinoides, Accutane)? *

☐ Sí ☐ No

¿Tienes infecciones de piel activas, heridas abiertas o herpes zóster en el área de tratamiento? *

☐ Sí ☐ No

¿Tienes alguno de los siguientes?

- ☐ Vitíligo
 ☐ Melasma
☐ Antecedentes de cicatrización queloide
 ☐ Trastorno convulsivo desencadenado por luz
☐ Marcapasos o dispositivo implantado
 ☐ Ninguno de los anteriores

Tipo de Piel Fitzpatrick *

- ☐ Tipo I — Siempre se quema, nunca se broncea
☐ Tipo II — Generalmente se quema, se broncea mínimamente
☐ Tipo III — A veces se quema, se broncea uniformemente
☐ Tipo IV — Se quema mínimamente, se broncea fácilmente
☐ Tipo V — Raramente se quema, se broncea oscuramente
☐ Tipo VI — Nunca se quema, muy pigmentada

Riesgos y Cuidados Posteriores

Riesgos Potenciales:

- Enrojecimiento, inflamación y calor (común, se resuelve en horas a días)
- Ampollas o costras (poco común)
- Hiperpigmentación o hipopigmentación (más probable en tonos de piel más oscuros)
- Quemaduras o cicatrización (raro)
- Crecimiento paradójico del cabello (raro con depilación)
- Lesión ocular si no se usa protección ocular
- Reactivación del herpes simple (herpes labial)

Cuidados Posteriores:

- Aplica compresas frías y aloe vera según sea necesario
- Evita la exposición al sol y aplica SPF 30+ diariamente durante al menos 4 semanas
- No toques ni rasques la piel tratada
- Evita duchas calientes, saunas y ejercicio durante 24-48 horas
- No uses cera, pinzas o cremas depilatorias entre sesiones (el afeitado está bien)

He sido informado de los riesgos potenciales del tratamiento con láser y acepto seguir todas las instrucciones de cuidado posterior.

Entiendo los riesgos y los requisitos de cuidado posterior: _____

Registro de Servicio

Solo para uso interno

	Fecha	Área	Longitud de Onda	Fluencia / Configuración
Entrada 1				
Entrada 2				
Entrada 3				
Entrada 4				

	Fecha	Área	Longitud de Onda	Fluencia / Configuración
Entrada 5				
Entrada 6				

Consentimiento y Firma

Doy mi consentimiento al tratamiento con láser descrito anteriormente. He sido informado de los riesgos, beneficios y alternativas. He divulgado toda la información de salud relevante y acepto seguir las instrucciones de cuidado posterior. Libero al proveedor de responsabilidad.

Confirmando que he leído y entendido la información anterior y doy mi consentimiento informado.

He leído y entiendo la información anterior: _____

Firma

Fecha

Nombre en letra de imprenta

Fecha *

DD / MM / AAAA

Este formulario fue proporcionado gratuitamente por Consentify

Consentify convierte formularios como este en consentimiento digital que tus clientes firman en su teléfono mediante código QR — con PDFs automáticos, alertas de contraindicaciones y almacenamiento cifrado. Plan gratuito disponible en <https://getconsentify.com>.

Solo plantilla. Revisa con tu propio profesional con licencia o asesor legal antes de usar; los requisitos varían según la jurisdicción y la práctica.