

Consentimiento para Extirpación de Lunares, Etiquetas de Piel y Lesiones

Consentimiento informado para la extirpación cosmética de etiquetas de piel, lunares benignos y lesiones pigmentadas mediante radiofrecuencia, láser, crioterapia o escisión por afeitado, con reconocimiento de patología

Información del Cliente

Nombre *

Apellido *

Correo Electrónico *

Número de Teléfono *

Fecha de Nacimiento *

DD / MM / AAAA

Detalles de la Lesión

¿Qué se va a extirpar? *

☐ Etiqueta(s) de piel

☐ Lunar (nevo)

☐ Queratosis seborreica / mancha de edad

☐ Angioma de cereza

☐ Milia

☐ Otro

Número de lesiones *

Ubicación(es) *

Método *

☐ Radiofrecuencia / Electrocauterio

☐ Láser

☐ Crioterapia (congelación)

☐ Escisión por afeitado

☐ Escisión por corte

¿Ha cambiado la lesión recientemente de alguna de estas formas? *

☐ Ha crecido de tamaño

☐ Ha cambiado de color o tiene múltiples colores

☐ Borde irregular o desigual

☐ Sangra, pica o forma costras

☐ Apareció nueva después de los 30 años

☐ Sin cambios

¿Ha evaluado un dermatólogo o médico esta lesión? *

☐ Sí ☐ No

Historial Médico

¿Está embarazada, intentando concebir o amamantando? *

☐ Sí ☐ No

¿Tiene alguno de los siguientes?

- ☐ Condición autoinmune (lupus, artritis reumatoide, esclerosis múltiple, etc.)
- ☐ Trastorno de sangrado o toma anticoagulantes
- ☐ Diabetes
- ☐ Antecedentes de queloides o cicatrización hipertrófica
- ☐ Cáncer (actual o dentro de los últimos 5 años)
- ☐ Inmunodeprimido / trastorno inmunitario
- ☐ Ninguno de los anteriores

¿Tiene antecedentes personales o familiares de melanoma o cáncer de piel? *

- ☐ Sí ☐ No

¿Tiene un marcapasos o dispositivo electrónico implantado? *

- ☐ Sí ☐ No

¿Forma queloides o cicatrices gruesas? *

- ☐ Sí ☐ No

¿Ha tomado isotretinoína (Accutane) en los últimos 6 meses? *

- ☐ Sí ☐ No

¿Toma anticoagulantes? *

- ☐ Sí ☐ No

Medicamentos y suplementos actuales

Alergias (medicamentos, látex, lidocaína, anestésicos)

Riesgos y Complicaciones

Riesgos y Complicaciones Potenciales:

- Cicatrización — toda extirpación deja una marca que puede ser plana, elevada, más clara u oscura que la piel circundante
- Hiperpigmentación o hipopigmentación en el sitio, a veces permanente
- Extirpación incompleta o recrecimiento que requiere un segundo tratamiento
- Sangrado, infección o cicatrización retrasada
- Dolor o quemadura durante y después del tratamiento
- Irritación de nervios — entumecimiento temporal (raro)
- Diagnóstico perdido — la extirpación cosmética sin patología significa que una lesión no se examina bajo microscopio; una lesión sospechosa o cambiante debe ser evaluada por un médico y puede requerir biopsia

Mantenga el sitio cubierto y húmedo según las instrucciones, evite desprender costras y use protección solar durante 3 meses para reducir la decoloración.

Entiendo que la extirpación siempre deja una marca, que puede ser más clara, más oscura o elevada, y que la lesión puede regresar y requerir re-tratamiento.

Entiendo que quedará una cicatriz o cambio de pigmento: _____

Entiendo que la extirpación cosmética no incluye examen microscópico a menos que se acuerde específicamente, que una lesión cambiante o sospechosa debe ser evaluada por un dermatólogo primero, y que he respondido las preguntas sobre la lesión con veracidad.

Entiendo que esta extirpación es cosmética y la lesión no será examinada por patología a menos que se acuerde específicamente: _____

Autorización de Fotografías

¿Podemos tomar fotografías antes y después para su registro de tratamiento? *

- ☐ Sí — solo para mi registro médico
- ☐ Sí — y pueden usarlas de forma anónima para marketing
- ☐ No

Registro de Servicio

Solo para uso interno

	Fecha	Lesión / Ubicación	Método / Configuración	Notas
Entrada 1				
Entrada 2				
Entrada 3				
Entrada 4				
Entrada 5				
Entrada 6				

Consentimiento y Firma

Doy mi consentimiento voluntario para la extirpación cosmética de la(s) lesión(es) descrita(s) anterior(es). He sido informado(a) de los beneficios, riesgos, alternativas (incluyendo evaluación médica y biopsia) y posibles complicaciones, incluyendo cicatrización y cambio de pigmento. Entiendo que este es un procedimiento electivo y no se ha garantizado ningún resultado. Libero al proveedor y la práctica de la responsabilidad relacionada con este tratamiento excepto en casos de negligencia.

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.