

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO DE DEPILACION MEDIANTE LASER DE DIODO DE 810 nm

La depilación con láser de diodo está basada en la generación de un haz de luz con una longitud de onda de 810 nm y con una determinada intensidad que debe ser adaptada a las condiciones inherentes de cada persona, que interacciona con el vello de forma que la energía lumínica aplicada es absorbida por la melanina existente en el pelo transformándose en calor. Esto es lo que se conoce como fototermólisis selectiva, produciéndose la destrucción del bulbo piloso sin afectar a los tejidos adyacentes. Como el láser solo actúa sobre las zonas oscuras por la melanina, no es eficiente para el vello muy claro o canoso.

El número de sesiones es variable en cada individuo, ya que depende de varios factores: sexo, fototipo, edad, zona, densidad de melanina, profundidad, grosor y fase de crecimiento del pelo, siendo necesaria una media de entre cuatro a ocho sesiones, en casos normales, para obtener los resultados deseados, ya que en el momento de la depilación, parte del vello se encuentra en reposo imposibilitando su eliminación. En ningún caso se podrán determinar con anterioridad el número de sesiones necesarias. Las personas afectadas por hirsutismo, que padezcan alguna enfermedad o estén sometidas a tratamientos médicos o estéticos que afecten al crecimiento del vello, deben advertir este hecho antes de iniciar el tratamiento. El número de sesiones puede llegar a ser superior a las requeridas en circunstancias normales y puede afectar a la eficacia del tratamiento.

### PRESTACIÓN DE CONSENTIMIENTO

D./Dña....., con DNI:....., con fecha de nacimiento: ..... / ..... / ....., por la presente autoriza al Centro **avalos**, mediante su personal especializado, PRESTANDO MI CONSENTIMIENTO, a efectuar en mi persona los procedimientos estéticos de depilación láser siguientes:  
.....  
.....

Manifiesto que he sido clara y suficientemente informado sobre la naturaleza, los objetivos, riesgos y alternativas al tratamiento que solicito. Reconozco que no se me han dado garantías ni seguridades respecto a los resultados que se esperan, y que he recibido la información tanto verbal como escrita en términos comprensibles para mí.

Por ello:

1.- Afirmando que he sido correctamente informado de la naturaleza del procedimiento y entiendo que serán varias las sesiones para obtener los resultados deseados ya que en el momento de la depilación, parte del vello se encuentra en reposo imposibilitando su eliminación. Se me ha informado de la posibilidad de que, en atención a circunstancias propias a mi persona, el tratamiento no tenga el efecto deseado en las sesiones medias habituales para la consecución de este fin.

2.- He sido informado de que a consecuencia de la aplicación láser sobre la piel pueden producirse temporalmente reacciones adversas en la zona tratada como enrojecimiento, escozor, irritación, inflamación, costras y pequeñas vesículas o ampollas [correspondientes a quemaduras superficiales]. Estas reacciones son transitorias, pudiendo dejar manchas en la piel blancas o bien oscuras que siempre remiten pasadas unas semanas tras recibir el tratamiento adecuado. He sido informado de que este tipo de reacciones que pueden llegar a corresponderse con una quemadura de segundo grado se presentan en un 1-2 % de los casos de personas de cualquier tipo de piel, tras someterse a un tratamiento de depilación láser.; la bibliografía internacional médica así lo refleja en múltiples estudios realizados por los más diversos dermatólogos especializados en depilación láser a nivel mundial.\*

3.- He sido informado de que el centro **avalos**, como exigencia de su Protocolo de Calidad, estará a mi disposición para recomendarme cómo proceder en caso de aparición de estas reacciones adversas y realizará de forma gratuita el seguimiento y tratamiento adecuado para la completa remisión de las mismas. Así mismo, he sido informado y entiendo que un tratamiento inadecuado sobre las reacciones adversas, puede suponer un empeoramiento de la reacción que ha aparecido en su piel o un retardo en su curación.

4.- Entiendo la importancia de proteger correctamente mis ojos durante el tratamiento y acepto llevar puestas las gafas de protección que me suministren durante todo el tratamiento, hasta que me indiquen que puedo retirarlas.

5.- He contestado verazmente a todas las preguntas que me han sido solicitadas para completar mi historia clínica, siendo consciente que una respuesta o información errónea puede derivar en reacciones adversas como las descritas en este documento, y por ello, he informado sobre los tratamientos médicos a los que he sido sometido en los últimos seis meses y he sido claro en cuanto a la exposición solar de mi piel en las últimas semanas.

6.- Manifiesto no haber omitido ninguna información durante el cuestionario clínico realizado al comienzo de cada nueva sesión de depilación láser y me comprometo a informar al centro de cualquier cambio en mi salud o tratamientos realizados que pudiesen ocurrir posteriormente a la firma de este consentimiento.

7.- He sido informado y me comprometo a cumplir en su totalidad el documento que se me ha entregado junto con el presente consentimiento, en el que constan las "Instrucciones recomendadas antes y después de la depilación láser", ya que de no hacerlo se aumenta el riesgo de aparición de las reacciones adversas descritas.

8.- Autorizo expresamente la realización de fotografías o filmaciones con vistas a una mejor evaluación diagnóstica, terapéutica y de resultados del tratamiento, así como para su seguimiento evolutivo.

9.- Entiendo además, que el centro **avalos** no se responsabilizará de aquellas posibles reacciones adversas que aparezcan resultantes del incumplimiento de las instrucciones citadas.

10. Confirmó que he leído y comprendo perfectamente los términos de este consentimiento, que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y que estas han sido contestadas completa y satisfactoriamente. Declaro que fui yo quien solicitó el tratamiento y que he leído toda la información entendiendo y aceptando su contenido, habiendo sido también informado de la posibilidad de revocar por escrito y en cualquier momento este consentimiento.

#### **PACIENTE**

**Nombre y apellidos:**

**DNI:**

**Lugar y fecha del consentimiento:**

**Firma:**

Centro:

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, reguladora de la Protección de Datos de Carácter Personal, el interesado, mediante la suscripción del presente documento, autoriza el tratamiento automatizado, por parte de **avalos**, de sus datos de carácter personal, aceptando la incorporación de los mismos a los ficheros titularidad de **avalos**. Sin perjuicio de lo señalado, el interesado tendrá derecho a conocer, rectificar, cancelar u oponerse al tratamiento de la información que le concierne, pudiendo ejercitar sus derechos ante **avalos**. [C/ Alfonso Camín, 18. Mieres].

Asimismo, el interesado consiente de forma expresa que dicha información sea utilizada para mantener sus relaciones comerciales y recibir información y publicidad, por cualquier medio de comunicación, relativa a los productos y servicios de nuestra empresa.

Además autoriza que sus datos personales sean comunicados a otras empresas del grupo. Si en algún momento no deseara ser informado de nuestros productos y servicios, diríjase, al efecto de cursar la comunicación oportuna, a **avalos**.