



CLÍNICA DE DERMATOLOGÍA MÉDICO-ESTÉTICA DEL DR. DONÍS MUÑOZ

C/ Magistrado Catalá 16, 3ºC, 46701, Gandia.
Teléf. 962874253
consulta@donismunoz.com

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELIMINAR TATUAJES CON LÁSER DE PICOSEGUNDOS DISCÓVERY PICO

Nº _____

En la Clínica del Dr. Donís Muñoz, he sido informado con lenguaje claro y sencillo, acerca de todas las dudas que les he planteado, de la técnica y de los pormenores propios de este tratamiento de eliminación de tatuajes láser:

- 1º Que el **láser de PICOSEGUNDOS** es en la actualidad la opción más avanzada en la eliminación de tatuajes y la realiza el médico dermatólogo.
- 2º Que dispongo de varias **opciones anestésicas personalizadas** y todas ellas aplicadas por el médico con el fin de que la sesión de láser no duela.
- 3º Que es normal que tras la aplicación del láser aparezca un pequeño **sangrado** e hinchazón, que en unos días dará lugar a una fina costra que curará en 10 a 15 días .
- 4º Que el **número** de sesiones necesarias para borrar totalmente los tatuajes es variable, pudiendo oscilar entre 2-3 para los tatuajes amateurs y entre 5-15 para los tatuajes profesionales y especialmente aquellos con pigmentos claros.
- 5º Que el **intervalo** entre las sesiones debe ser de al menos de 6 semanas, aunque en ocasiones puede ser aconsejable distanciarlas más.
- 6º Que a pesar de todo, el **100%** de eliminación de la tinta no se puede garantizar, aunque es excepcional que esto ocurra.
- 7º Que el láser puede provocar cambios del **color** de la piel tratada, tanto blanqueamiento, como oscurecimiento y aunque estos curan en unos meses, excepcionalmente podrían ser permanentes.
- 8º Que aunque es poco probable que el procedimiento láser pueda dejarme **cicatrices** visibles, estas pueden producirse, especialmente cuando no se acude a los controles periódicos habituales propios del seguimiento médico.
- 9º Que durante el tratamiento no debo exponer al **Sol** la zona tratada al menos 4 semanas después de cada sesión, salvo que me aplique una crema solar con alto índice de protección
- 10º Me comprometo a realizarme las curas siguiendo fielmente las instrucciones del médico dermatólogo, así como asistir a las **revisiones periódicas** habituales propias del seguimiento.

Finalmente, **CONSIENTO** que se me realice el tratamiento propuesto y autorizo que pueda ser filmado o fotografiado con fines científicos, didácticos o los propios del seguimiento, respetando siempre el anonimato y la LOPD.

PACIENTE

Fdo.

DERMATÓLOGO

Dres. Donís Muñoz / José M^a Ortiz
N.C: 464607732 / 464623457

Fdo.

GANDIA, ___de ___de 20___