

CONSENTIMIENTO INFORMADO
TRATAMIENTO DESPIGMENTANTE COSMELAN® DE MESOESTETIC

D / D^a _____ con fecha de nacimiento ___/___/___, y domicilio en _____ con DNI _____, estoy interesado/a en realizar el tratamiento despigmentante COSMELAN®.

DECLARO que me han sido explicados los siguientes puntos:

- El objetivo de la técnica es la unificación del tono cutáneo con mejora y/o desaparición total de las imperfecciones pigmentarias de la piel adquiridas de origen melánico, localizadas en la cara, cuello, escote y manos.
- El tratamiento consiste en eliminar las capas más superficiales de la piel para estimular la renovación celular mediante la aplicación de potentes activos funcionales y agentes químicos. Producen una exfoliación y actúan en los diferentes estadios de la melanogénesis con el objetivo de sumar efectos y conseguir una sinergia en la reducción y/o eliminación de imperfecciones pigmentarias de la piel.
- La técnica está indicada en pigmentaciones melánicas superficiales y cualquier proceso que implique signos de alteraciones pigmentarias leves. El profesional me ha explicado que para obtener mejores resultados es conveniente el seguimiento estricto del tratamiento tanto en cabina como en mi domicilio.
- En las 48 horas posteriores a la sesión de tratamiento, se deberá evitar la exposición directa y excesiva a la luz natural o artificial, a fuentes de calor y acudir a saunas o piscinas. Durante el empleo del método cosmelan, es imprescindible proteger la piel, así como el uso diario de una fotoprotección muy alta, varias veces al día en función de la exposición lumínica. Mantener la pauta de aplicación hasta un mínimo de seis meses después de haber finalizado el tratamiento.
- A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos secundarios como dolor, ardor, escozor, escarchado, descamación superficial, eritema, erupciones acneiformes, hiper o hipopigmentaciones en la zona tratada.

Además, me han informado de que:

- Es importante conocer mis antecedentes personales de alergias a medicamentos, medicaciones actuales, antecedentes de herpes simple facial, antecedentes personales o familiares de queloides o cualquier otra circunstancia, pues pueden aparecer o existir riesgos o complicaciones posteriores al tratamiento debidas a mis circunstancias personales, estado previo de salud, edad, profesión, etc.

LOGO

mesoestetic®

- En mi caso particular, se ha considerado que el tratamiento indicado es el más adecuado, aunque pueden existir otras alternativas que estarían indicadas en otro caso y que he tenido la oportunidad de comentar con el profesional.
- Otros riesgos o complicaciones que pueden aparecer teniendo en cuenta mis circunstancias personales, estado previo de salud, edad o profesión son: _____

Confirmando que la información que he facilitado es verdadera y correcta y que he leído y comprendido este documento.

Asimismo, he comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el profesional que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. También he sido informado, he comprendido y acepto el alcance, los riesgos y las contraindicaciones descritas para el tratamiento. Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

En tales condiciones, CONSIENTO que se me realice el TRATAMIENTO DESPIGMENTANTE COSMELAN® de mesoestetic®.

En _____ a ____ de _____ de 2_____

Fdo: El interesado/representante legal

Fdo: El/la Profesional

TEXTO PARA LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS (Adaptar a la legislación vigente del país)