

Consentimiento Informado Plasma Rico en Plaquetas (PRP)

Yo,

en pleno uso de mis facultades mentales y actuando de manera voluntaria, doy mi consentimiento para someterme al procedimiento estético de Plasma Rico en Plaquetas (PRP).

Entiendo que el Plasma Rico en Plaquetas es un tratamiento estético que implica la extracción de una pequeña cantidad de mi propia sangre, la cual se procesa para separar y concentrar las plaquetas, y luego se reinyecta en áreas específicas de mi piel con el objetivo de estimular la regeneración celular, mejorar la textura de la piel, y promover la producción de colágeno y elastina.

He sido informado(a) de que este procedimiento puede implicar riesgos, que pueden incluir, entre otros, enrojecimiento, hinchazón, sensibilidad, hematomas en el sitio de la inyección, así como posibles reacciones alérgicas o infecciones en casos muy raros.

Acepto que se me ha explicado detalladamente en qué consiste el procedimiento, así como los posibles riesgos y complicaciones asociados, y he tenido la oportunidad de realizar todas las preguntas necesarias para aclarar cualquier duda que pueda tener.

Reconozco que los resultados del tratamiento con Plasma Rico en Plaquetas pueden variar de persona a persona y que es posible que no obtenga los resultados deseados en todos los casos.

Entiendo que, en algunos casos, puede ser necesario el apoyo de otros profesionales, como dermatólogos y/o endocrinólogos, para complementar el tratamiento con Plasma Rico en Plaquetas y obtener mejores resultados a largo plazo.

Entiendo que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes o durante el tratamiento, y que se me proporcionará información adicional si así lo requiero.

En vista de lo anterior, consiento voluntariamente en someterme al tratamiento estético con Plasma Rico en Plaquetas, entendiendo plenamente sus implicaciones y aceptando los posibles riesgos que conlleva.

Nombre y firma de profesional: _____

Nombre y Firma cliente _____

Fecha: _____

Nombre del Testigo (si aplica): _____

Firma del Testigo (si aplica): _____

Fecha: _____