

Consentimiento Informado Tratamiento Acné

Yo,

en pleno uso de mis facultades mentales y actuando de manera voluntaria, doy mi consentimiento para someterme al tratamiento estético para el acné.

Entiendo que el tratamiento estético para el acné es un procedimiento destinado a mejorar la apariencia de la piel afectada por el acné mediante diferentes técnicas, que pueden incluir limpiezas faciales, extracciones de comedones, peelings químicos, terapias con láser, microdermoabrasión u otros tratamientos similares.

He sido informado(a) de que este tratamiento puede implicar riesgos, que pueden incluir, entre otros, enrojecimiento, irritación, descamación de la piel, sensibilidad aumentada al sol, cambios en la pigmentación de la piel y, en casos poco comunes, posibles reacciones alérgicas o irritaciones severas.

Acepto que se me ha explicado detalladamente en qué consiste el tratamiento, 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 estético para el acné 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 abordar el acné de manera integral 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 para el acné, entendiendo plenamente sus implicaciones y aceptando los posibles riesgos que conlleva.

Firma y nombre Profesional _____

Firma Cliente: _____ Fecha: _____

Nombre del Testigo (si aplica): _____

Firma del Testigo (si aplica): _____

Fecha: _____