

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO CON LÁSER DE TATUAJES:

1. El objetivo de la técnica es la destrucción del pigmento exógeno que se introdujo en la piel cuando se realizó el tatuaje.
2. La realización del procedimiento puede ser filmada o fotografiada salvaguardando mi anonimato.
3. El tratamiento no es completamente indoloro, pero el médico me ha explicado, que el procedimiento se realiza habitualmente sin anestesia local.
4. Tengo que llevar gafas de protección durante todo el tratamiento.
5. El haz del Láser produce un mínimo daño en el tejido adyacente. Comprendo que a pesar de la elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables como eritemas, hinchazón, inflamación, dolor moderado, quemaduras superficiales, hemorragias mínimas puntiformes (púrpura), cicatrices hipertróficas, queloides, hipo- o hiperpigmentaciones en la zona tratada.
6. En cualquier caso de inflamación o dolor más fuerte hay que consultar a un médico.
7. La luz del Láser tiene una especial afinidad por pigmentos rojos, verdes o negros. El médico me ha dicho que para eliminar el tatuaje completamente serán necesarias varias sesiones, dependiendo del tamaño, profundidad y color del pigmento. En algunas tintas, raramente, puede provocar un cambio del color.
8. El médico me ha prohibido exponerme al sol, antes y después de cada sesión y me ha advertido que debo usar diariamente protección solar alta, durante al menos 2 meses después del procedimiento. Durante todo el curso del tratamiento no debo tomar medicamentos que puedan provocar reacciones foto-alérgicas.
9. Durante los primeros días, después del tratamiento, hay que mantener limpia y desinfectada la zona tratada, diariamente, sin utilizar jabones. No hay que quitar costras o ampollas.
10. También me ha advertido el médico, que es importante conocer mis antecedentes personales de posibles alergias a medicamentos, fotosensibilidad, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos o medicaciones actuales, antecedentes de herpes simple, antecedentes personales o familiares de queloides o cualquier otra circunstancia.

Firma:

Nombre y Apellidos:

NIF/NIE:

San Cristóbal de La Laguna, a de de 2020.