

Consentimiento informado para el tratamiento de eliminación de tatuajes con láser

Nombre del paciente (por favor escriba claramente): _____

Fecha: _____

Este formulario de consentimiento detallado está diseñado para proporcionarle la información necesaria para tomar una decisión informada sobre la eliminación de tatuajes con láser (en adelante, el "tratamiento" o "tratamientos"). Lea este formulario detenidamente, asegúrese de que se aborden todas sus inquietudes, que sus preguntas sean respondidas y luego inicie cada sección a continuación si decide tomar la decisión de seguir adelante con el tratamiento.

*** (Lea este formulario e inicial o firme en cada área marcada con una "X") ***

X__ Tratamiento: Un láser produce un impulso de energía muy breve, potente y concentrado que fracciona microscópicamente las partículas de tinta del tatuaje y permite que su cuerpo las destruya. Múltiples tratamientos, separados por semanas, son necesarios para lograr los resultados deseados. El número de tratamientos recomendados durante la consulta es solo una estimación y se pueden requerir tratamientos y tiempo adicionales.

X__ Resultados y objetivos: Entiendo que este tratamiento electivo es efectivo en muchos casos, pero no hay garantía de que se logren los resultados esperados o anticipados. También entiendo que el curso de tratamiento y los resultados finales pueden ser impredecibles y varían de persona a persona e incluso varían en diferentes tatuajes en el mismo individuo. Reconozco plenamente que el objetivo de mi Tratamiento es reducir o eliminar la presencia de tinta visible y desvanecer, aclarar o hacer que el patrón de tinta sea lo más irreconocible posible, no la perfección, y que mi piel no se vea de la misma manera que antes. antes de que me hiciera el tatuaje.

X__ Alternativas: Entiendo que existen alternativas al tratamiento e incluyen camuflaje con maquillaje, hacerse un tatuaje de encubrimiento, cirugía, tratamiento con láser de CO2, dermoabrasión (lijado), calor (térmico), congelación (crioterapia) o destrucción de ácido (químico) y otros. Estas opciones alternativas a menudo dan resultados temporales, insatisfactorios o incompletos y el uso de un láser es ampliamente aceptado como la opción de tratamiento "estándar de oro". Debido a que el tratamiento es voluntario, una opción alternativa es no recibir ningún tratamiento.

X__ Colores y tipos de tinta: Entiendo que los tipos específicos o el color exacto de las tintas que tengo en mis tatuajes no se pueden determinar y entiendo que algunos colores de tinta (como azul, púrpura, verde, aguamarina, amarillo, marrón, naranja) y otros colores) y los tipos de tinta (tintas exóticas, plástico, látex, tintas fluorescentes y otros tipos de tinta) pueden no responder al tratamiento, pueden no resolverse completamente o pueden tomar muchos más tratamientos de lo esperado. También entiendo que por razones conocidas y desconocidas, algunos tatuajes pueden nunca desaparecer por completo.

X__ Cambios en el color de la tinta del tatuaje: entiendo que parte de la tinta del tatuaje (generalmente blanco, melocotón, carne, granate, burdeos, rosa y otros colores también) puede cambiar de color o volverse más oscura (oscurecimiento paradójico) después del tratamiento. Además, los artistas del tatuaje a menudo mezclan colores y algunos tatuajes negros, después del tratamiento, revelarán otro color subyacente (azul, verde, púrpura, etc.). El nuevo color que aparece después del tratamiento puede o no responder a los tratamientos posteriores y puede ser permanente. Por lo tanto, entiendo que mi tatuaje puede cambiar de color o verse peor después del tratamiento.

X__ Ingredientes de tinta: La Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos ("FDA") considera que las tintas utilizadas en los tatuajes son cosméticos y los pigmentos utilizados en las tintas son aditivos de color que requieren aprobación previa a la comercialización. Sin embargo, la FDA tradicionalmente no ha ejercido su autoridad sobre las tintas de tatuaje o los pigmentos utilizados en ellas y los fabricantes de tinta de tatuaje no siempre revelan los ingredientes. Entiendo que New Look Houston no puede determinar los componentes de la tinta (o tintas) en mi tatuaje y entiendo que en algunos casos se ha encontrado que se encuentran carcinógenos (agentes causantes de cáncer) en la tinta del tatuaje. Por lo tanto, entiendo que es posible que las personas que reciben un tratamiento de eliminación de tatuajes con láser en teoría puedan tener una probabilidad estadísticamente mayor de desarrollar cáncer u otras consecuencias adversas para la salud como resultado de la aplicación del láser a los componentes conocidos y desconocidos de la tinta del tatuaje.

X__ Pre-cuidado y cuidado posterior: Comprendo que el cuidado previo y el cuidado posterior están completamente bajo mi control y que mi incumplimiento de las pautas proporcionadas antes y después del cuidado aumentará en gran medida la posibilidad de complicaciones y efectos secundarios adversos y posiblemente disminuirá la efectividad del Tratamiento. Reconozco que he recibido (o recibiré) instrucciones detalladas de cuidado oral e impreso junto con un número de teléfono de contacto si tengo alguna pregunta sobre el cuidado posterior. Estoy de acuerdo en seguir todas las instrucciones de cuidado previo y posterior que se me proporcionaron y en contactarme inmediatamente con New Look Houston si siento que estoy experimentando un evento adverso / efecto secundario.

X__ Crema anestésica: Entiendo que me pueden ofrecer una crema anestésica tópica ("crema anestésica") antes del tratamiento. Entiendo que, en casos excepcionales, esta crema anestésica puede causar efectos secundarios que amenazan la vida, incluidos latidos cardíacos irregulares, convulsiones, dificultades respiratorias, coma o incluso la muerte. Por lo tanto, estoy de acuerdo en que no usaré esta crema anestésica durante un período de tiempo más largo de lo recomendado (30 minutos) y que no la aplicaré en la piel rota / irritada, las membranas mucosas (boca, vagina, ano) o un corte abierto o herida. Acepto no usar más de la cantidad recomendada. También por mi seguridad y la seguridad de los demás, acepto mantenerlo fuera del alcance de los niños y acepto no operar un vehículo mientras uso la crema anestésica. Estoy de acuerdo en usar solo esta crema anestésica según las instrucciones.

X__ Efectos secundarios adversos: Entiendo que ocasionalmente se producen efectos secundarios adversos y que las complicaciones graves son poco frecuentes pero posibles. Los efectos secundarios adversos pueden durar muchos meses, años o incluso ser permanentes. Entiendo completamente que puedo perder mis obligaciones laborales o sociales debido a efectos secundarios adversos o complicaciones. También entiendo que puede ser necesario un tratamiento médico adicional en caso de experimentar algún efecto secundario adverso y cualquier costo asociado con un efecto secundario adverso o complicación no será cubierto por New Look Houston. Entiendo que los siguientes efectos secundarios adversos, experiencias y complicaciones son posibles, pero no se limitan a:

X__ Malestar: Es probable que se presenten molestias durante el tratamiento. Entiendo completamente que la mayoría de los Tratamientos son incómodos o dolorosos y doy permiso para que New Look Houston administre anestesia cuando sea necesario o solicitado.

X__ Pérdida de cabello y pecas / manchas solares: Entiendo completamente que los Tratamientos pueden ocasionar la pérdida temporal y / o permanente de cabello y / o pecas / manchas solares en el área tratada. Por lo tanto, entiendo que el área tratada puede no verse igual que la piel circundante.

X__ Reacciones Alérgicas: Ha habido informes de hipersensibilidad a los diversos pigmentos del tatuaje. Esta alergia a la tinta puede aparecer poco después de hacerse el tatuaje original, pero también puede ocurrir en cualquier momento, incluso después de comenzar el Tratamiento. Entiendo completamente que, aunque es muy raro, tras la difusión del Tratamiento, estos pigmentos pueden inducir una reacción alérgica severa y posiblemente permanente. También entiendo que si ocurre una reacción alérgica, mis sesiones de tratamiento probablemente tendrán que terminar y tendré que conservar la tinta del tatuaje restante.

X__ Curación prolongada / picazón / urticaria / sensibilidad al sol: Entiendo completamente que el tratamiento puede provocar una curación prolongada (enrojecimiento, sensibilidad, dolor, etc.) en el área tratada y sus alrededores. El tiempo que tardan en desaparecer estos efectos secundarios y en que el área se cure por completo puede ser significativo. Entiendo que después del tratamiento puedo experimentar picazón / urticaria y ser más sensible a la exposición al sol.

X__ Moretones / ampollas / hinchazón / costras / costras / sangrado / infección / celulitis: Entiendo completamente que con algunos Tratamientos pueden ocurrir hematomas, ampollas, hinchazón, costras, costras y sangrado en el área tratada y el área circundante cercana. Puede observarse hinchazón, hematomas y ampollas importantes en áreas con mayor densidad de tinta, tatuajes de colores y en extremidades distales como la muñeca, el antebrazo, la mano, el dedo, el tobillo o el pie, con tatuajes circunferenciales, cuando los pacientes están demasiado activos físicamente después de tratamiento y cuando los pacientes no siguen las instrucciones de cuidado posterior. La infección y la celulitis, aunque son muy raras, siempre son una posibilidad cuando se realiza un tratamiento cutáneo y generalmente se deben al incumplimiento por parte del paciente de las instrucciones de cuidados posteriores.

X__ Quemaduras: Entiendo completamente que el tratamiento puede causar quemaduras superficiales. Estos son generalmente temporales y sanan relativamente rápido. En raras ocasiones, estas quemaduras pueden ser más profundas o más graves y causar cambios permanentes en la piel, que incluyen, entre otros, úlceras, erosiones, depresiones, elevaciones, decoloración de la piel, cambios de textura, curación prolongada, sensibilidad al sol y cicatrices / queloides.

X__ Decoloración de la piel: Entiendo completamente que la decoloración temporal y permanente de la piel (alteración pigmentaria no deseada) incluidos el oscurecimiento de la piel (hiperpigmentación), el aclaramiento de la piel (hipopigmentación o despigmentación) y el eritema (enrojecimiento / enrojecimiento / arañas vasculares) pueden resultar del tratamiento. Entiendo que la piel bronceada, la piel dañada por el sol, los pacientes con tipos de piel más oscura, los pacientes con tatuajes de colores y los pacientes que no siguen las instrucciones de cuidado posterior tienen una tasa mucho más alta de decoloración de la piel del Tratamiento. Por lo tanto, entiendo que existe un riesgo muy real de decoloración de la piel (alteración pigmentaria no deseada) del Tratamiento y solicito que me traten sabiendo que mi piel puede cambiar de color temporal o permanentemente como resultado del Tratamiento.

X__ Cambios en la textura del tejido: Entiendo completamente que después del tratamiento es posible que la textura de la piel pueda cambiar temporal o permanentemente y que no se vea y se sienta como antes del tratamiento y que el área tratada no se vea igual que la piel circundante. Además, entiendo que cualquier cambio de textura de tejido preexistente no mejorará con el tratamiento.

X__ Cicatrices y queloides: La cicatrización es una posibilidad con el tratamiento. Entiendo perfectamente que con el tratamiento pueden ocurrir cicatrices suaves, cicatrices elevadas, cicatrices hipertróficas o cicatrices queloides, pero son raras. Entiendo que estas cicatrices pueden ser permanentes. La cicatrización generalmente solo ocurre si el paciente escoge en un área tratada, no la protege adecuadamente durante el proceso de curación, no tiende a formar una ampolla adecuadamente y / o no sigue las instrucciones de cuidado posterior. Entiendo que las cicatrices preexistentes no mejorarán con el tratamiento.

X__ Exposición ocular: Se proporcionarán gafas protectoras (gafas). Es importante mantener estas gafas protectoras en todo momento durante el tratamiento para proteger sus ojos de la exposición accidental al láser. Entiendo completamente que el uso inadecuado o la falta de anteojos pueden ocasionar complicaciones de la vista, incluida la ceguera, y acepto usar gafas protectoras en todo momento durante el Tratamiento.

X__ Reconozco que el tratamiento me ha sido explicado en detalle, he revisado a fondo todo este formulario y lo entiendo.

X__ He sido suficientemente informado de los posibles resultados, riesgos y efectos secundarios del tratamiento y la crema anestésica.

X__ Acepto seguir todas las instrucciones previas al cuidado, las instrucciones posteriores al cuidado, las instrucciones de la crema anestésica y cumplir con todas mis citas.

X__ Acepto permitir que New Look Houston realice procedimientos / atención de emergencia en el improbable caso de que surjan circunstancias imprevistas.

X__ Se me ha brindado una amplia oportunidad para debatir y se me han proporcionado respuestas satisfactorias a cada una de mis preguntas.

X__ Estoy de acuerdo en mantener una relación con un médico de atención primaria ya que New Look Houston solo implementa y realiza láser electivo y no diagnóstica, trata ni cura ninguna enfermedad o afección médica subyacente.

Mis iniciales arriba y mi firma abajo reconocen que la información anterior ha sido cuidadosamente leída y entendida por mí y autoriza a New Look Houston, y a sus empleados, contratistas independientes, asociados, agentes y representantes (colectivamente y de aquí en adelante conocidos como "New Look Houston" ,) para evaluar, realizar, implementar y / o ayudar en el procedimiento de tratamiento con láser que he elegido someterme. Estoy de acuerdo en que este Consentimiento informado será efectivo para el Tratamiento hoy y para cualquiera y todos los Tratamientos posteriores que reciba en el futuro. Este formulario constituye una divulgación completa y reemplaza cualquier divulgación verbal o escrita previa.

X_____

NOMBRE DEL PACIENTE

X_____

FECHA

X_____

FIRMA (o firma del tutor legal si el paciente es menor de 18 años)

Uso exclusivo en la oficina (firma del personal)



Testimonio, Foto y Video Lanzamiento

Por favor, marque una o todas de las siguientes opciones:

_____ Acepto permitir que mis fotos de tratamiento, testimonios y / o videos sean utilizados con fines promocionales. Entiendo que mi nombre y mi información de identificación NO serán utilizados.

_____ Acepto permitir que SOLO mi nombre, apellido, inicial y ocupación se adjunten a mis fotos de tratamiento, testimonios y / o videos con fines promocionales.

_____ NO Acepto permitir el uso de mis fotos de tratamiento, testimonios y / o videos con fines promocionales.

Este acuerdo reemplaza cualquier acuerdo anterior que tenga con New Look Houston con respecto al uso de testimonios, fotos y / o videos.

FIRMADO: _____ Fecha: _____

Nombre: _____

Testimonio escrito sobre su experiencia en New Look Houston