

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

PARA EL CLIENTE

Al cliente: Usted tiene derecho a ser informado sobre su condición y su tratamiento, para que pueda decidir si se somete o no al procedimiento después de conocer los riesgos y peligros involucrados. Esta divulgación no pretende asustarlo o alarmarlo; Es simplemente un esfuerzo para informarlo mejor para que pueda dar o retener su consentimiento para el tratamiento.

1. Solicito voluntariamente que _____ realice el procedimiento de peeling químico BioRepeelC13 TCA. Reconozco haber sido informado de que este procedimiento cosmético está destinado a eliminar las capas superficiales de la piel para mejorar la vitalidad de la piel.
2. Los exfoliantes químicos, a pesar de sus altos niveles de eficacia y seguridad, no están exentos de efectos secundarios. El eritema (enrojecimiento) y el edema (hinchazón) del área tratada pueden ocurrir, pero generalmente disminuyen en unas pocas horas, pero pueden durar hasta siete días o más. La irritación, picazón y / o sensación leve de ardor o dolor similar a la quemadura solar puede ocurrir dentro de las 48 horas de tratamiento.
3. Es importante usar protector solar de SPF 50 o superior cuando se expone al sol.
4. Entiendo que las complicaciones pueden incluir cabezas blancas, herpes labial, infección, cicatrices, entumecimiento y decoloración permanente.
5. No se me ha hecho ninguna garantía o seguridad en cuanto a los resultados que se pueden obtener. Soy consciente de que los tratamientos de seguimiento pueden ser necesarios para obtener los resultados deseados. La mayoría de los pacientes requieren una serie de tratamientos a lo largo del tiempo con resultados graduales que ocurren durante este tiempo. Los resultados clínicos variarán según el paciente. Estoy de acuerdo en cumplir con todas las precauciones y regulaciones de seguridad durante el tratamiento. No se otorgarán reembolsos por el tratamiento recibido.
6. Me han explicado las instrucciones previas y posteriores al tratamiento. Estoy de acuerdo en seguir estas instrucciones cuidadosamente.

Entiendo y acepto que todos los servicios prestados a mí se me cobran directamente y que soy personalmente responsable del pago. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito del tratamiento.

He leído y entiendo este acuerdo. Todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción y acepto los términos de este acuerdo. Se me han explicado métodos alternativos de tratamiento y sus riesgos y beneficios y entiendo que tengo derecho a rechazar el tratamiento.

Nota: Todos los precios están sujetos a cambios sin previo aviso y no hay reembolsos.

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE COMPLETO :

FIRMA DEL CLIENTE :

Al firmar aquí, he leído y entiendo que esta de acuerdo.

FECHA : _____

HORA : _____