

Redwood Family Dermatology

Jeffrey Sugarman, MD, PhD

Albert Peng, MD

Ligaya Park, DO

Judith Hong, MD

Andrea Austin, MD

Jennifer Hayes, MD

Brianne Dickey, MD

Stephen Schwartz, MD

Angela Wyble, PA-C

Angela Abboud, PA-C

Heather Silva, PA-C

Tatiana Longoria, RN

2725 Mendocino Avenue – Santa Rosa, CA 95403 – (707) 545-4537 – (707) 545-6726 fax

555 South Dora Street – Ukiah, CA 95482 – (707) 462-3996 – (707) 462-3363 fax

4727 Hoen Ave, Ste. A – Santa Rosa, CA 95405 – (707) 527-0342 – (707) 527-0818 fax

Consentimiento para el(los) procedimiento(s) cosmético(s)

Autorizo a mi proveedor a realizar el (los) siguiente(s) procedimiento(s):

--V Beam Laser-- Depilación láser --IPL --ResurFx --Q Switch Yag --ND Yag --Microneedling

He recibido el (los) paquete(s) de información que explica(n) los riesgos y complicaciones específicamente asociados con el (los) procedimiento(s) anterior(es). **Iniciales:** _____

Entiendo que el tratamiento también puede incluir, entre otras, las siguientes reacciones/complicaciones o efectos secundarios: abrasiones, moretones, ampollas, enrojecimiento, cicatrices, hinchazón y cambios de pigmentación en la piel tratada. Las lesiones oculares son posibles, pero poco probables, siempre y cuando se utilice una protección ocular completa durante las sesiones de tratamiento. Entiendo que al seguir todas las pautas del procedimiento, el riesgo de que esto ocurra disminuye enormemente pero sigue siendo posible.

La anestesia no suele ser necesaria. Si el proveedor o yo elegimos usar una forma de anestesia, todas las opciones se discutirán conmigo con antelación. Entiendo que el tratamiento puede ser doloroso, pero esto por lo general es manejable sin medicación prescrita para aliviar el dolor.

Entiendo que pueden requerirse múltiples tratamientos y que no se me ha dado ninguna garantía o seguridad en cuanto a los resultados que puedan obtenerse. Además, entiendo que esto es completamente electivo y no será cubierto por mi compañía de seguros. Estoy de acuerdo en pagar una tarifa por cada tratamiento y entiendo que no hay garantía de que logre una satisfacción completa. Entiendo que no hay garantía de devolución de dinero por este procedimiento cosmético.

Autorizo a los proveedores y/o al personal de Redwood Family Dermatology a fotografiarme mientras esté bajo su cuidado. Entiendo que estas fotografías serán utilizadas como parte de mi expediente médico.

Autorizo a los proveedores y/o al personal de la Familia Redwood a utilizar mis fotografías para la investigación médica, la enseñanza, la publicación en un artículo médico o en un libro de texto, como parte de una exposición científica, para ilustrar conferencias médicas dadas a estudiantes de medicina u otros profesionales o grupos médicos y/o medios de comunicación social. Entiendo que no seré identificado por mi nombre en ningún uso de estas fotografías.

Iniciales: Acepto _____ **No acepto** _____

Renuncio a cualquier derecho de compensación por los usos anteriores. Libero a Redwood Family Dermatology, a los proveedores de atención médica y a sus designados de toda responsabilidad por cualquier reclamación por lesiones o compensaciones resultantes de las actividades autorizadas en este acuerdo.

Entiendo y me adhiero a todas las precauciones de seguridad y regulaciones durante el procedimiento y estoy de acuerdo en seguir las instrucciones de procedimiento del proveedor y del personal del puesto. Entiendo completamente los términos del consentimiento anterior y deseo proceder con el procedimiento. Todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción. En caso de que surja una disputa sobre el resultado de mi procedimiento, consiento únicamente en el arbitraje como medio legal de resolución. **Puedo leer y entender el español, o si no lo hago, he nombrado o me han nombrado a alguien para traducir este formulario de consentimiento en su totalidad.**

Nombre del paciente
(con letra de imprenta)

FDN

Nombre del padre (si el paciente es menor de edad)

Firma

Fecha

Firma del padre (si el paciente es menor de edad)

Firma del testigo

Traductor (si corresponde)