

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

2725 Mendocino Avenue – Santa Rosa, CA 95403 – (707) 545-4537 – (707) 545-6726 fax
4727 Hoen Ave, Ste A – Santa Rosa, CA 95405 – (707) 527-0342 – (707) 527-0818 fax
555 South Dora Street – Ukiah, CA 95482 – (707) 462-3996 – (707) 462-3363 fax

Consentimiento para el tratamiento con láser

Autorizo a mi proveedor de Redwood Family Dermatology a realizar el(los) siguiente(s) procedimiento(s):

Láser V Beam Depilación láser M22 _____

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

Entiendo que el tratamiento también puede incluir, entre otras, las siguientes complicaciones o lesiones: abrasiones, moretones, ampollas, enrojecimiento, cicatrices e hinchazón.

Las lesiones oculares son posibles, pero poco probables, siempre y cuando se utilice adecuadamente una protección ocular completa durante las sesiones de tratamiento.

En la piel tratada pueden producirse cambios de color como la hiperpigmentación (decoloración marrón/roja) o la hipopigmentación (aclaramiento de la piel). Esto puede tardar varios meses en resolverse, si es que se resuelve. La exposición al sol sin protección en las semanas posteriores a los tratamientos está contraindicada ya que puede causar o empeorar estas condiciones.

Por lo general, no se necesita anestesia. Si el médico 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 inmediatamente después del tratamiento, la piel afectada puede estar roja, con moretones, descolorida y/o hinchada. Se han proporcionado instrucciones post procedimiento y entiendo que si no se siguen estas instrucciones puede aumentar la posibilidad de cicatrices permanentes o cambios en la textura de la piel.

Entiendo que se pueden requerir múltiples tratamientos y que no se me ha dado ninguna garantía o seguridad en cuanto a los resultados que se pueden obtener. Además, entiendo que esto es completamente electivo y no será cubierto por mi compañía de seguros. Estoy de acuerdo en pagar una cuota 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 no seré identificado por mi nombre en ningún uso de estas fotografías. Entiendo que estas fotografías pueden ser usadas como parte del registro médico, para investigación médica, enseñanza, publicación en un artículo médico o libro de texto, como parte de una exhibición científica, y/o para ilustrar conferencias médicas dadas a estudiantes de medicina u otros grupos profesionales.

Renuncio a cualquier derecho de compensación por los usos anteriores. Considero que Redwood Family Dermatology, los proveedores de atención médica y sus designados no son responsables de ninguna reclamación por lesiones o compensaciones resultantes de las actividades autorizadas por este acuerdo.

He comprendido plenamente los términos del consentimiento anterior y deseo proceder con el procedimiento. Todas mis preguntas han sido dirigidas a mi satisfacción. En caso de que surja una disputa sobre el resultado de mi procedimiento, sólo consiento en el arbitraje como medio legal de resolución. Puedo leer y entender el inglés, o si no, he designado a alguien para que traduzca este formulario de consentimiento en su totalidad.

Entiendo y acepto adherirme a todas las precauciones de seguridad y regulaciones durante el procedimiento y acepto seguir las instrucciones del proveedor y del personal del puesto de procedimiento.

Nombre del paciente (en 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)

Testigo