

Consulta para paciente de laser

Fecha _____

Nombre _____

Proposito de la consulta

- Vello Venas Elasticidad de la piel
 Textura de la piel (poros, arrugas) Tono de la piel (enrojecimiento) Otros _____

Area a tratar _____

Tipo de piel : I II III IV V VI

Medicamentos actuales _____

Alergias / sensibilidad _____

Tratamientos previos de piel

- Bronceado Exposicion al sol Cama de bronceado Productos bronceadores
 Medicamentos Accutane entre 6 meses Retin-A entre 6 semanas
 Vello a remover Sacado/cera Electrolysis Depilado Laser/luz _____
 Arrugas Rellenos Botox Cirugia Laser/luz _____
 Elasticidad Cirugia Laser/luz _____
 Descamacion Microda Glycolic peels Otros _____
 Venas a remover Electrodesic Escleroterapia Laser/luz _____
 Pigmento Laser/luz _____

Condiciones de piel

- Fotosensibilidad Cicatrizacion queloide Cancer de piel Moretones facilmente/sangrado
 Vitiligo(mal del pinto) Soriasis Fuegos/herpes Eccema
 Rosacea Acne

Temas para discutir/revisar

- Historia medica anterior /reciente si no
- Procedimiento especifico si no
- Beneficios si no
- Contraindicaciones si no
- Riesgos si no
- Tratamiento alternativo disponible si aplica si no
- Resultados communes si no

Disposicion

- Tratamiento para hacer cita no decidido no interesado
 Instrucciones verbales y escritas pre/post tratamiento dadas al paciente si no
 Medicacion prescrita _____ si no
 Fotos tomas antes si no
 Consentimiento del paciente firmado si no

Comentarios _____

Consultante _____

**Forma para consulta
 Tratamiento de luz-base**

Fecha _____

Nombre _____ edad _____

Area de tratamiento _____ Fitz.tipo de piel I II III IV V VI

Historia medica pasada _____

Embarazada si no

Medicamentos actuales _____

Alergias _____

Historia Inicial:

_____ Beneficio de tratamiento a discutir				
_____ Revisar contraindicaciones:	si	no	n/a	fecha
Vello removido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cera,depilado,electrolysis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Accutane ultimos 6 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Terapia de oro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Coagulopatias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herpes/fuegos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Vitiligo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Reciente exposicion al sol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tratamientos previos de laser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Historia de melanoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Queloides/hipertrofica cicatrizacion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tatuaje/permanente maquillaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Rellenos/botox etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Marcapaso/desfibrilador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Implantes/cirugias en area a tratar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

_____ Riesgos revisados

_____ Probabilidad de exito revisado

_____ Procedimientos alternativos disponibles

_____ Consentimiento firmado

_____ Instrucciones verbales y escritas de post-tratamiento dadas al paciente

_____ Fotos tomas de pre-operatorio

_____ Cita hecha : fecha _____ / _____ / _____

Comentarios

Firma del consultante _____

**Forma de consentimiento
para el tratamiento de lesiones pigmentadas con
IPL (luz lima)**

Por medio de la presente yo autorizo al Dr. Bhupendra R Patel o alguno de sus asociados delegados. para efectuar el tratamiento de lesiones pigmentadas con un dispositivo de luz-base en mi cuerpo. Entiendo que este procedimiento trata lesiones pigmentadas, manchas de la edad, y manchas por el sol, concentrandose en la melanina con una luz pulsante brillante. Entiendo que talvez no experimente completo esclarecimiento de mi tratamiento y tal vez tome multiples tratamientos, algunas condiciones talvez no respondan del todo al tratamiento y en casos raros talvez lo haga peor .

Estoy al tanto de los siguiente posibles experiencias y riesgos

- **INCOMODIDAD-** alguna incomodidad puede ser experimentada durante el tratamiento
- **ENROJECIMIENTO/INFLAMACION/MORETON-** corto tiempo de enrojecimiento (eritema), o inflamacion (edema), de el area tratada es comun y talvez ocurra. Tambien puede haber algunos moretones (hematoma).
- **CAMBIOS DE PIGMENTACION**(color de piel)- durante el proceso de curacion, hay una posibilidad de que el area tratada se vuelva mas clara (hipopigmentacion) o mas oscuro (hiperpigmentacion) en color comparado con la piel alrededor. Esto es usualmente temporal pero en casos raros es permanente.
- **HERIDAS-** el tratamiento puede resultar en quemadura, producir ampollas, o sangrado de las areas tratadas. Si cualquiera de estos ocurre por favor llamenos.
- **INFECCION-** infeccion es una posibilidad, cuando sea que la piel este cortada, aunque el tratamiento para heridas deberia prevenir esto. Si se desarrollan signos de infeccion, tales como dolor, calor o enrojecimiento alrededor, por favor llamenos al **847-455-4750**.
- **CICATRIZACION-** cicatrizacion es raro que ocurra, pero es una posibilidad, si la superficie de la piel esta cortada, para minimizar los cambios de cicatrizacion, es bien **importante** que usted siga la instrucciones de post-tratamiento cuidadosa-mente
- **EXPOSICION DE OJOS-** lentes de proteccion para ojos sera proveido, es bien importante que mantenga estos lentes todo el tiempo durante el tratamiento como proteccion, para prevenir daño o lesiones a sus ojos.

Los siguientes puntos han sido discutidos conmigo:

- beneficios potenciales del tratamiento propuesto
- tratamiento alternativo posible tal como nitrogeno liquido, topicos o insicion
- probabilidad de exito
- razonables consecuencias anticipadas, si el tratamiento no esta hecho
- complicaciones/riesgos posibles mas communes, envueltos con el tratamiento propuesto y el subsecuente tiempo de curacion
- instrucciones post-tratamiento

para mujeres que estan en edad de reproduccion: firmando en la linea de abajo, indico que no estoy embarazada y ademas, estoy deacuerdo en mantener informado a el Dr, Bhupendra R. Patel y su staff si llego a quedar embarazada durante el curso de el tratamiento.

Documentacion fotografica sera tomada, .por medio de esta autorizo el uso de mis fotografias con el proposito de enseñanza.

CONOCIMIENTO — CON MI FIRMA CERTIFICO QUE HE LEIDO Y COMPLETAMENTE ENTENDIDO EL CONTENIDO DE ESTA FORMA/PERMISO PARA EL TRATAMIENTO DE LUZ BASE DE MIS LESIONES PIGMENTADAS Y QUE LA INFORMACION ANTES MENCIONADA FUE DADA A MI.

firma del paciente o tutor

nombre del paciente/relacion

fecha

firma del testigo

nombre del testigo

fecha