

**Láser y Cuidado de la Piel  
 Acuerdo Informativo para Remover Venas con Láser**

*Previo para recibir tratamiento, Soy franco(a) en revelar cualquier condición que pueda tener algún efecto con este procedimiento que se encuentra resumido debajo. Yo haré saber a Family Medical and Dental Clinic algún cambio en mi Historia medica, así como medicamentos actuales o revelar algún cambio previo a tratamientos futuros.*

Yo entiendo que el Láser Cutera (Anteriormente Altus) será pretendido para remoción de venas y los resultados clínicos pueden variar por los diferentes tipos de piel, tamaño del vaso sanguíneo que empezara a ser tratado, y localización. Aunque poco frecuenté, Yo entiendo que hay la posibilidad de efectos secundarios así como cicatrices y disminución o incremento permanente de pigmentación así como en un corto tiempo efectos tal como ampollas, enrojecimiento, quemaduras leves, y variables grados de inconformidad.

Mientras más pacientes obtienen satisfactoriamente excelentes resultados, cada paciente es diferente y no hay garantía tal como el éxito o duración de el éxito que tal vez se logre. Yo eh sido informado que mantener el tratamiento puede ser necesario.

La protección de ojos será proporcionada para proteger los ojos contra la luz del láser. Estoy de acuerdo en usar los lentes protectores todo el tiempo mientras que el láser este en operación.

Las contraindicaciones para realizar el tratamiento incluyen: embarazo, diabetes, historia de cicatrices, reciente uso de lociones autobronceadoras, reciente exposición al sol o a camas bronceadoras. Yo certifico que no estoy actualmente embarazada y si quedara embarazada durante el curso de mi tratamiento con láser yo interrumpiría inmediatamente el tratamiento.

Eh revisado la lista de medicamentos que pueden causar fotosensibilidad y entiendo el potencial de los efectos secundarios asociados con el tratamiento de láser mientras sé esta tomando cualquiera de los medicamentos en la lista. Eh provisto una lista completa de los medicamentos que actualmente estoy tomando incluyendo aspirina o productos con aspirina, ibuprofeno (Motrin/Advil), y suplementos herbales y vitamínicos.

Tengo conocimiento de otras técnicas para tratar estas condiciones, incluyendo, escleroterapia, el método de cierre, descortezamiento de la vena, y otros tipos de tratamiento de láser.

Yo realizo este procedimiento es completamente opcional y no será cubierto por mi compañía aseguradora.

**FOTOGRAFIA:** Yo doy mi permiso para que las fotografías sean usadas por Family Medical and Dental Clinic para educación o para propósitos promocionales. La confidencialidad del paciente será completamente mantenida todo el tiempo \_\_\_\_\_ (por favor sus iniciales).

**EH LEIDO Y ENTIENDO COMPLETAMENTE LOS TERMINOS AQUI ANTES MENCIONADOS. TODAS MIS PREGUNTAS HAN SIDO DISIPADAS PARA MI ENTERA SATISFACION. SI LLEGARA A SURGIR UN DESACUERDO EN EL RESULTADO DE MI PROCEDIMIENTO, YO CONCIENTO EXCLUSIVAMENTE PARA UN ARBITRAJE COMO UN MEDIO LEGAL DE LIQUIDACIÓN. YO ENTIENDO LO ANTES MENCIONADO, Y SI NO FUESE ASI TRAERE UN TESTIGO PARA ESTAR COMPLETAMENTE DE ACUERDO.**

_____	_____	_____
Nombre del Paciente	Firma del Paciente	Fecha
_____	_____	_____
Nombre del Testigo (Sí se Aplica)	Firma del Testigo (Sí se Aplica)	Fecha
_____	_____	_____
Nombre del Doctor	Firma del Doctor	Fecha