

Consentimiento informado

Tratamientos estéticos faciales y corporales · Centro: _____

N.º de ficha: _____
Fecha: ____/____/____

1. Datos de la paciente

NOMBRE COMPLETO		RUT
FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
SI ES MENOR DE EDAD: NOMBRE Y RUT DE LA MADRE, PADRE O TUTOR		

2. Tratamiento que se realizará

TRATAMIENTO		ZONA
N.º DE SESIONES	FRECUENCIA	PROFESIONAL QUE LO REALIZA
EN QUÉ CONSISTE Y RESULTADO ESPERADO		
EFECTOS POSIBLES (VER ANEXO DEL TRATAMIENTO)		
ALTERNATIVAS, INCLUIDA LA DE NO REALIZARLO		

3. Antecedentes que declaro

☐ Embarazo o lactancia	☐ Alergias (medicamentos, cosméticos, látex)	☐ Medicamentos actuales
☐ Isotretinoína en los últimos 6 meses	☐ Herpes recurrente	☐ Diabetes o problemas de cicatrización
☐ Marcapasos o implantes metálicos	☐ Enfermedad de la piel en la zona	☐ Tratamientos estéticos recientes
DETALLE DE LO MARCADO		

4. Declaración

Declaro que se me explicó en palabras que entiendo en qué consiste el tratamiento, el resultado que se puede esperar, sus efectos posibles, las alternativas y los cuidados antes y después, y que pude hacer todas mis preguntas.

Declaro que la información de mis antecedentes es verdadera y completa, y que avisaré cualquier cambio antes de cada sesión. Entiendo que no seguir los cuidados indicados puede cambiar el resultado.

Sé que puedo decidir no continuar con el tratamiento en cualquier momento, avisándolo a la profesional.

Con esta información, autorizo el tratamiento descrito.

5. Fotografías de antes y después

☐ Autorizo fotos solo para mi ficha y el seguimiento del tratamiento.
☐ Autorizo además su uso en redes sociales o publicidad del centro, sin mostrar mi nombre.
☐ No autorizo fotografías.

6. Firmas

FIRMA DE LA PACIENTE	RUT	FECHA
FIRMA DE LA PROFESIONAL	NOMBRE Y PROFESIÓN	
SI ES MENOR DE EDAD: FIRMA DE LA MADRE, PADRE O TUTOR		

Anexo por tratamiento

Paciente: _____

Marca el anexo que corresponde y completa con tu técnica, tus productos y tu equipo. Los textos son ejemplos de lo que suele explicarse; la profesional los revisa y adapta.

☐ **A1. Limpieza facial**
Efectos posibles: Enrojecimiento y sensibilidad por algunas horas, y a veces granitos los días siguientes mientras la piel se limpia.
Cuidados: Protector solar, no manipular la piel y evitar exfoliantes por unos días.

☐ **A2. Peeling químico**
Efectos posibles: Enrojecimiento, ardor durante la aplicación y descamación los días siguientes. Con sol, riesgo de manchas.
Cuidados: Protector solar estricto, no arrancar la piel que se descama, sin exfoliantes ni ácidos en casa hasta que se indique.
Antes de empezar: Pregunta por embarazo, herpes activo y uso reciente de isotretinoína.

☐ **A3. Depilación láser**
Efectos posibles: Enrojecimiento e hinchazón alrededor de cada folículo por algunas horas. Con poca frecuencia, quemaduras o cambios de color de la piel.
Cuidados: Sin sol ni autobronceante antes y después, no usar cera ni pinzas entre sesiones (sí rasuradora).
Antes de empezar: Registra el fototipo: define los parámetros del equipo.

☐ **A4. Micropigmentación de cejas o labios**
Efectos posibles: Inflamación y costras los primeros días. El color cambia mientras cicatriza y puede requerir un retoque.
Cuidados: No mojar ni rascar la zona, no exponerla al sol y no ir a piscina hasta que cicatrice.
Antes de empezar: Atraviesa la piel: es un procedimiento invasivo, y el consentimiento tiene que constar por escrito.

☐ **A5. Lifting de pestañas**
Efectos posibles: Irritación o ardor si el producto toca el ojo, y con poca frecuencia alergia al producto.
Cuidados: No mojar las pestañas ni usar máscara por 24 horas.
Antes de empezar: Pregunta por alergias y por lentes de contacto; ante la duda, haz una prueba previa del producto.

☐ **A6. Tratamientos corporales**
Efectos posibles: Enrojecimiento, calor o sensibilidad en la zona tratada, según el equipo (radiofrecuencia, cavitación, masajes).
Cuidados: Hidratación y las indicaciones de cada equipo; los resultados dependen también de la alimentación y la actividad física.
Antes de empezar: Pregunta por embarazo, marcapasos e implantes metálicos antes de usar aparatología.

☐ **A7. Otro tratamiento:** _____

FIRMA DE LA PACIENTE	RUT	FECHA
_____	_____	_____
FIRMA DE LA PROFESIONAL	NOMBRE Y PROFESIÓN	
_____	_____	