

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PLASMA RICO EN PLAQUETAS**

Mar del Plata,

de

de 202 .

Luego de examinarme y escuchar mi consulta, el médico abajo firmante o un colega de su equipo ha analizado conmigo los procedimientos médico estéticos que indica para mi tratamiento.

1. **El tratamiento propuesto es:** Plasma Rico en Plaquetas
2. **Que consiste en:** Inyectar en la piel determinada cantidad de plasma obtenido de mi propia sangre.
3. **Contraindicaciones:** Embarazo, lactancia, estar cursando cuadros febriles, anemia severa, plaquetopenia, trastornos de la coagulación, estar tomando medicación anticoagulante, padecer diabetes no controlada o enfermedades que disminuyan la inmunidad o favorezcan infecciones y se encuentren sin control. Si padece o ha padecido algún tipo de lesión maligna en la piel, debe decírselo al médico.
4. **Beneficios:** Mejorar la calidad de la piel en la zona tratada. Prevenir en cierta medida el deterioro e la piel derivado del envejecimiento.
5. **Alternativas de tratamiento:**
6. **Efectos adversos:** Hematomas, enrojecimiento, pápulas (ronchas) autolimitadas, sensación de ardor o prurito (picazón).
7. **Riesgos y complicaciones:** Inflamación, edema o enrojecimiento local.
8. **Riesgos Individuales:**

### **DECLARO**

- a. Que he recibido y entendido toda la información que consta en este formulario acerca de la naturaleza y mecanismos de aplicación, del procedimiento que figura en el punto 1.
- b. Que no presento ninguna de las condiciones mencionadas, que contraindican el / los procedimientos indicados.
- c. Que he leído y comprendido los riesgos inherentes al mismo.
- d. Que entiendo que aún dentro de un período post-tratamiento normal, pueden presentarse molestias y eventos que se resuelven espontáneamente o con mínimos cuidados.
- e. Que estoy consciente de que en la práctica de la medicina pueden presentarse complicaciones imprevistas que requieran tratamiento y concurrir a controles adicionales.

- f. Que el / los profesionales tratantes asumen la responsabilidad de emplear los medios correspondientes y necesarios a su alcance para mi tratamiento.
- g. Que no se me han efectuado promesas o dado garantías respecto a los resultados que puedan obtenerse.
- h. Comprendo que la medicina y los procedimientos no son una ciencia exacta y nadie puede garantizar la perfección absoluta.
- i. Que he tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el médico firmante u otro profesional del equipo que me asistirá, aceptando el tratamiento de manera libre y voluntaria.

#### **ASIMISMO, ME COMPROMETO A**

- j. Suministrar sin omitir ni alterar ningún dato, la información solicitada para confeccionar la historia clínica
- k. Seguir las instrucciones e indicaciones de cuidado posterior al procedimiento realizado  
No lavar ni colocar ningún producto en la piel tratada por lo menos durante dos horas.  
**Luego de las dos horas, usar protector solar factor 50 y evitar el sol, mientras se observen zonas de piel rojas o haya hematomas. No realizar ejercicios que involucren transpirar, durante el resto del día.**
- l. Consultar cualquier eventualidad luego de mi tratamiento, con el médico que me atendió u otro médico del equipo, mediante los canales de comunicación que me fueron facilitados.

Yo,

....., luego de haber leído y comprendido lo escrito en este formulario, doy mi consentimiento para recibir el tratamiento que consta en el punto 1.

Autorizo a registrar mediante fotografías clínicas la evolución de mi tratamiento.

☐ Si ☐ No Autorizo a usar el material científico e imágenes con fines médicos y/o educativos, siempre y cuando se resguarde mi identidad e información personal.

#### **FECHA:**

#### **PACIENTE**

D.N.I.:

Firma:

#### **MÉDICO**

Sello

Firma:

#### **TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL**

D.N.I.:

Firma: