

CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTOS COSMÉTICOS

En la ciudad de, adede 20....., dejo constancia de que el doctor ha analizado conmigo el procedimiento que mi estado de salud requiere.

Que este análisis ha sido realizado con la finalidad de asegurar que he tenido la oportunidad de recibir la información que me permita otorgar un consentimiento razonado respecto a las prácticas que se llevarán a cabo.

Que he recibido una pormenorizada explicación, expresada en términos que he comprendido, acerca de: a) el estado clínico de mi piel, b) su probable evolución, c) el tratamiento que recibiré, d) los distintos riesgos propios del tratamiento.

Que estoy consciente de que en la práctica de la medicina pueden presentarse complicaciones imprevistas que requieran tratamientos adicionales.

Que no se me han efectuado promesas o dado garantías respecto a los resultados que puedan obtenerse; en consecuencia, consiento que el profesional asuma una obligación de medios poniendo toda su ciencia y diligencia para llevar a cabo la intervención, sin asegurarme su resultado.

Que sé que este procedimiento es cosmético y que el pago no está cubierto por los seguros médicos, obras sociales, etc.

Que autorizo a tomar fotografías clínicas de control, que pueden ser usadas con fines médicos de investigación científica, o educativos, siempre y cuando no se revele mi identidad a través de las imágenes ni de los textos descriptivos que las acompañen.

Que he recibido satisfactoria respuesta a todas las preguntas que he formulado durante las consultas previas, habiendo entendido los términos técnicos empleados.

Que he leído y comprendido los párrafos precedentes. En consecuencia, autorizo al profesional mencionado a llevar a cabo la siguiente práctica:.....

.....

Nombres y apellido del paciente:.....

Tipo y N° de DNI:.....

Firma del paciente: Fecha:.....

Nombres y apellido del médico:.....

Matrícula del Médico:



Firma del médico:Fecha:.....

Nombres y apellido del testigo.....

Tipo y Nº de DNI: