



**CLÍNICA DE DERMATOLOGÍA DEL DR. DONÍS MUÑOZ - GANDIA**

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO FOTODEPILACIÓN MÉDICA**

El propósito de este tratamiento es reducir o eliminar el pelo no deseado, soliendo ser necesarias de 5 a 10 sesiones para obtener un buen resultado, dependiendo del color de la piel y del pelo, de la zona a tratar y de posibles factores genéticos y/o hormonales.

### **INSTRUCCIONES A SEGUIR ANTES DEL TRATAMIENTO:**

- a)- **No exponerse al Sol** o rayos UVA desde 1 mes antes del tratamiento. La piel debe estar lo más blanca posible. También se desaconseja la exposición solar tras el tratamiento. Use un protector solar de alto índice si la zona a tratar está expuesta al Sol.
- b)-La piel debe estar bien **hidratada**. Evite que su piel esté escamosa, seca o irritada utilizando una crema facial o corporal. No utilice cremas exfoliantes o irritantes desde una semana antes. Tampoco utilice cremas, lociones o toallitas autobronceadoras.
- c)-**No depile la zona a tratar** con cera, pinzas o cualquier otro procedimiento de arrancado de pelo desde un mes antes y hasta la finalización del mismo. Puede rasurar con cuchilla o cortar el pelo con tijeras.
- d)-Comuníquenos si ha realizado recientemente tratamientos con Isotretinoína (Roacutan), peeling químico, láser resurfacing, o si padece de herpes simple en la zona a tratar. También en caso de tener un **tatuaje cosmético** en cejas, labios, etc.

La sensación **DURANTE EL TRATAMIENTO**, va de un suave hormigueo, a quemazón, que dura un momento, aunque algunos pacientes refieren dolor en las zonas más densamente pobladas. Los efectos inmediatos suelen ser enrojecimiento y edema perifolicular que desaparecen en pocas horas. En un 5 a 10% de casos, **pueden producirse pequeñas quemaduras**, que curan en una 1 a 2 semanas, pudiendo dejar hipo o hiperpigmentación residual transitoria.

De una sesión a otra, deben transcurrir de 2 a 3 meses por término medio.

He leído y comprendido toda la información presentada en este documento. También he tenido la oportunidad de realizar al Dr. Donís Muñoz cuantas preguntas he creído convenientes, y **acepto que se me realice el tratamiento.**

Nombre y apellidos ..... Fecha .... / .... / ..... Fdo. El Paciente

Nº.....

Clínica Dermatológica del Dr. Donís Muñoz, C/ Magistrat Català 16-3<sup>o</sup>C 46701- GANDIA  
Tel. 962874253 [consulta@donismunoz.com](mailto:consulta@donismunoz.com) www.donismunoz.com