



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

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PREVIO AL TRATAMIENTO DE REJUVENECIMIENTO CON LASER DE ERBIO-YAG (RESURFACING)

El objetivo de esta técnica láser, es el rejuvenecimiento mediante la destrucción controlada de un número variable de capas de la piel, en función del resultado que se desee. Se puede realizar en una única sesión, si hacemos un tratamiento superficial o medio ( de 10 a 30 micras de ablación), o en 2 sesiones distanciadas 2 a 3 meses entre ellas, si deseamos alcanzar mayor profundidad( cicatrices de acné, arrugas, pieles muy dañadas,etc.)

Se realiza con **anestesia local** o con cremas anestésicas, y el tratamiento consiste en pases sucesivos del haz de láser sobre una zona, (generalmente sobre la totalidad de la cara), lo que determinará en cada pase una mayor profundidad de destrucción. En función del número e intensidad de los pases que se realicen, podremos tratar desde lesiones superficiales a otras más profundas: manchas, rejuvenecimiento, cicatrices de acné, arrugas faciales, etc.

**Después de la intervención**, en función de la profundidad de la piel alcanzada, la zona tratada estará enrojecida, y posteriormente se cubrirá por una costra negruzca más o menos fina, que puede tardar en desprenderse desde unos días, a 2-3 semanas si se ha trabajado sobre capas profundas.

A pesar de la correcta elección y realización de la técnica, pueden presentarse **efectos indeseados** como dolor, hematomas, sangrado superficial, infección, e hiper o hipopigmentación generalmente transitoria, de la zona tratada. Solo excepcionalmente, se pueden provocar cicatrices inestéticas especialmente en pacientes con antecedentes de cicatrización anormal.

Para evitar la aparición de herpes labial tras el tratamiento láser, me comprometo a tomar **2 comprimidos al día de Valtrex 500 mgrs- 10 compr.**, comenzando desde el día antes y durante un total de 5 días .

Me han informado que **no debo exponerme al Sol o Rayos UVA** sin protección solar después del tratamiento, debiendo utilizar a diario fotoprotectores al menos durante 6 meses.

**Debo advertir al médico sobre mis antecedentes** de alergia, enfermedades, medicamentos que tomo actualmente, tendencia a presentar cicatrices anormales o cualquier otra circunstancia.

He entendido las explicaciones que me ha facilitado el Dr. Donís Muñoz, en un lenguaje claro y sencillo, aclarando todas las dudas que le he planteado, comprendiendo el alcance y los riesgos del tratamiento. Así mismo, me comprometo a seguir todas sus instrucciones.

Y en tales condiciones, **consiento se me realice el tratamiento con Láser de Erblio-YAG, por el Dr. Donís Muñoz.**

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](http://www.donismunoz.com)