



Consentimiento informado para la eliminación de hongos en las uñas

Clear Toes Clinic utiliza el láser Revolution, aprobado por la FDA para el aumento de uñas transparentes en pacientes con onicomicosis (hongos en las uñas). La energía Nd: YAG de 1064 nm y 532 nm penetra en la uña y destruye el hongo y otros organismos dentro y debajo de la placa de la uña. El láser no tiene efecto sobre la piel o el tejido blando. Al igual que con cualquier procedimiento, existe cierto riesgo de efectos secundarios, incluidos los siguientes:

Entiendo que los resultados clínicos pueden variar en diferentes pacientes. En algunos pacientes, puede ser necesaria una sesión de retoque o repetición con el láser.

Entiendo que el hongo puede no destruirse por completo y que la uña se puede volver a infectar o que puede haber otros tipos de infecciones presentes para las cuales el láser Revolution puede no ser un tratamiento efectivo. La uña puede seguir decolorada o no unida al lecho ungueal. Este tratamiento no cambiará la forma, el ancho u otra deformidad de la placa de la uña.

Entiendo que la exposición de mis ojos a la luz podría dañar mi visión. Debo mantener las gafas protectoras en todo momento.

Entiendo que algunos de los posibles efectos secundarios pueden incluir: sensación de calor y / o dolor leve o leve (solo durante el tratamiento), enrojecimiento de la piel tratada alrededor de la uña (que dura de 24 a 72 horas), decoloración o marcas de quemaduras en la uña, leve hinchazón de la piel tratada alrededor de la uña (que dura de 24 a 72 horas), el láser puede

crea "chispas" en la superficie de la uña; esto no causa ningún problema, en casos excepcionales, pueden producirse ampollas en la piel tratada alrededor de la uña y cicatrización de la piel tratada alrededor de la uña.

Entiendo que se pueden tomar fotografías antes y / o después de mi procedimiento y en las visitas de seguimiento. Además, entiendo que estas fotografías y datos de pacientes pueden usarse para documentación médica, investigación o publicación. La información de salud privada, como el nombre y la fecha de nacimiento del paciente, se eliminará para proteger la privacidad del paciente.

Entiendo que la atención posterior al tratamiento es una parte muy importante del tratamiento, y estoy de acuerdo en seguir todas las recomendaciones posteriores al tratamiento para garantizar los mejores resultados. Certifico que he leído o me han leído el contenido de este formulario. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido respondidas. Acepto los términos de este acuerdo / consentimiento.

Nombre del paciente

Firma del paciente

Fecha

Nombre del padre / tutor

Firma del Padre / Tutor

Fecha



Testimonio, Foto y Video Lanzamiento

Por favor, marque una o todas de las siguientes opciones:

_____ Acepto permitir que mis fotos de tratamiento, testimonios y / o videos sean utilizados con fines promocionales. Entiendo que mi nombre y mi información de identificación NO serán utilizados.

_____ Acepto permitir que SOLO mi nombre, apellido, inicial y ocupación se adjunten a mis fotos de tratamiento, testimonios y / o videos con fines promocionales.

_____ NO Acepto permitir el uso de mis fotos de tratamiento, testimonios y / o videos con fines promocionales.

Este acuerdo reemplaza cualquier acuerdo anterior que tenga con Glow Medspa con respecto al uso de testimonios, fotos y / o videos.

FIRMADO: _____ Fecha: _____

Nombre: _____

Testimonio escrito sobre su experiencia en Glow Medspa