

**CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTO COSMETICOS**

En la Ciudad de \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

-DEJO CONSTANCIA que el doctor ..... ha analizado conmigo los procedimientos terapéuticos que el estado de mi piel requiere.

-Que ese 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 conciente 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 el resultado de la misma.

-Que sé que este procedimiento es cosmético y que el pago del mismo 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 apellidos del paciente \_\_\_\_\_  
Tipo y número del documento de identidad \_\_\_\_\_  
Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombres y apellidos del médico \_\_\_\_\_  
Matrícula del médico \_\_\_\_\_  
Firma del médico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombres y apellidos del testigo (si la persona no es competente)

\_\_\_\_\_  
Tipo y número del documento de identidad \_\_\_\_\_