

# CONSENTIMIENTO INFORMADO, LÁSER / LUZ PULSADA INTENSA (IPL)

**Centro:** [CENTRO], Unidad asistencial **U.48 Medicina Estética** · N° de autorización sanitaria: [N° AUTORIZACIÓN U.48] **Marco legal:** Ley 41/2002, de autonomía del/de la paciente (información y consentimiento por escrito en procedimientos con riesgo).

---

## 1. Identificación

- **Paciente (D./Dña.):** [NOMBRE] · **DNI / NIE:** [DNI] · **Fecha de nacimiento:** [\_\_\_]
- **Médica responsable:** Dra. [NOMBRE] · N° de colegiada [**N° COLEGIADA**] · Colegio Oficial de Médicos de [PROVINCIA]
- **Fecha de la información y firma (anterior al procedimiento):** [FECHA]

## 2. En qué consiste y con qué objetivo

El láser y la luz pulsada intensa (IPL) emiten **energía lumínica** que es absorbida por una diana de la piel (el pelo, la melanina de una mancha, la hemoglobina de un vaso o el agua del tejido) y la trata de forma selectiva. Según el equipo y el objetivo, se emplea para **depilación, manchas, lesiones vasculares, rejuvenecimiento o resurfacing**. Finalidad y zona en su caso: [\_\_\_] · [**ZONA**]. Habitualmente requiere **varias sesiones** espaciadas.

- **Equipo / tipo de láser:** [PRODUCTO] · **Longitud de onda / parámetros:** [\_\_\_] · **N° de serie / lote de consumibles:** [LOTE]
- **Fototipo (Fitzpatrick):** [\_\_\_] → condiciona parámetros y riesgo.

## 3. Alternativas, incluida la de no tratarse

- **No tratarse:** opción válida y sin riesgos.
- Según el objetivo: depilación por otros métodos, cosmética despigmentante y fotoprotección, peeling, u otras técnicas, con resultados y riesgos distintos.

## 4. Beneficios esperables, variabilidad y obligación de MEDIOS

Reducción del vello, aclaramiento de manchas o vasos, o mejora de la textura de la zona tratada, de forma **progresiva** a lo largo de las sesiones. El resultado **varía** según el fototipo, el color/grosor del pelo, el tipo de lesión y la respuesta individual; **no siempre se logra eliminación completa** y puede requerir mantenimiento. La médica pone los **medios** conforme a la buena práctica y **no garantiza un resultado concreto** (obligación de medios, no de resultado; STS 828/2021).

## 5. Riesgos

**Frecuentes y esperables (transitorios):** - Enrojecimiento, calor, ligera hinchazón y sensación de “pinchazo” durante y tras el disparo. - Costritas superficiales o oscurecimiento temporal de manchas antes de caer.

**Infrecuentes:** - **Ampollas** y erosiones superficiales. - **Hiperpigmentación o hipopigmentación** (manchas más oscuras o más claras), más probable en **fototipos altos** o piel bronceada; suele ser transitoria pero puede persistir. - Reactivación de **herpes**; foliculitis; infección. - En depilación: **hipertrichosis paradójica** (aumento de vello, sobre todo en zonas de vello fino y fototipos altos).

\*\*\*\*Riesgos graves:\*\*\*\* - \*\*\*\*Quemaduras\*\* de mayor profundidad, con posible **cicatriz** o discromía permanente. - **Lesión ocular grave**, incluida afectación de la retina y pérdida de visión, si no se usa protección. Por ello es **obligatorio** el uso de gafas/protección ocular homologada para paciente y personal; **no se trata la zona periocular por dentro de la órbita.**\*\* - Discromías permanentes.

## 6. Contraindicaciones y qué debe declarar el/la paciente

**Contraindicado / precaución en:** - \*\*\*\*Piel bronceada o con exposición solar/UVA reciente\*\* (2-4 semanas): eleva mucho el riesgo de quemadura y mancha. - Fármacos o productos fotosensibilizantes\*\* (algunos antibióticos, retinoides, hierba de San Juan, ciertos perfumes en la zona). - **Isotretinoína** reciente (para láseres ablativos/resurfacing). - Embarazo (según indicación); epilepsia (equipos con destellos); infección o herpes activo, heridas o lesiones sospechosas en la zona. - **Tatuajes o micropigmentación** en el área a tratar; melasma (precaución); antecedente de queloides.

**Debe declarar además:** medicación fotosensibilizante, lesiones cutáneas o lunares que cambian (se valoran/derivan antes de tratar), fototipo real y exposición solar reciente o prevista.

## 7. Cuidados posteriores

- Aplicar frío y la crema pautaada; no frotar ni arrancar costras.
- \*\*\*\*Fotoprotección estricta (SPF 50+)\*\* y **evitar el sol y las cabinas UVA** antes y después del tratamiento\*\* durante el tiempo que se le indique: es clave para evitar manchas y quemaduras.
- Evitar calor, sauna, piscina, ejercicio intenso y cosméticos irritantes las primeras 24-48 h.
- **Consultará** si aparecen ampollas, dolor intenso, signos de infección o cambios de color persistentes. Contacto: [TELÉFONO].

## 8. Registro fotográfico (RGPD)

El registro fotográfico pre/post con fines clínicos **forma parte de mi historia clínica** (documentación asistencial; art. 6.1.b y 9.2.h RGPD), según la **Ficha de Valoración y Registro Fotográfico. Cualquier otro uso** (docencia, redes, web, publicidad) requiere mi **consentimiento separado, específico y revocable** (documento **Consentimiento**

**de Datos e Imagen**).  He sido informado/a de que la fotografía clínica forma parte de mi historia clínica.

## 9. Declaración de comprensión

He leído y comprendido esta información, se me ha explicado en lenguaje claro, he podido **preguntar** y se me ha **respondido**. He dispuesto de tiempo para decidir. Recibo copia.

## 10. Revocabilidad

Puedo **revocar** este consentimiento en cualquier momento, sin justificación y sin perjuicio para mi atención.

## 11. Firmas (ANTES del procedimiento)

Firmado en [LOCALIDAD], a [FECHA].

- Paciente / representante legal: \_\_\_\_\_ DNI: [DNI]
- Médica: Dra. [NOMBRE], colegiada [Nº COLEGIADA]: \_\_\_\_\_