GLOW AESTHETICS
& med spa

VI Peel Formulario de Consentimiento

Nombre del Paciente_____Fecha_____

El VI Peel™ contiene una mezcla sinérgica de ingredientes de gran alcance para todo tipo de piel. VI Peels™ mejorará el tono, la textura y la claridad de la piel; reduce las manchas de envejecimiento, mejorará la hiperpigmentación (incluyendo melasma), suaviza las líneas y arrugas; aclara condiciones acnéicas de la piel, reduce o elimina las cicatrices del acné, y estimula la producción de colágeno, para una piel más joven y firme.

Contraindicaciones:

- Pacientes que están embarazadas o que están amamantando
- Pacientes que tienen alergia a la aspirina, a la hidroquinona o al fenol
- Pacientes que han utilizado isotretinoína (Accutane) oral dentro los últimos 6 meses
- Pacientes que tienen ulceras bocales, verrugas, heridas abiertas o un antecedente de herpes simple
- Pacientes que se someten a quimioterapia y/o radiación dentro los últimos 6 meses
- Pacientes con antecedentes de enfermedades autoinmunes o del riñón, así como cualquier otra condición que pueda debilitar su sistema inmune

_____Antes de recibir el tratamiento consulte con el médico o practicante acerca de cualquier condición o medicamento que pueda contraindicar con este procedimiento.

_____ Entiendo que puede haber algún grado de molestias como ardor, escozor, enrojecimiento, calor o presión durante y una semana después del procedimiento.

_____ Entiendo que no hay garantía de los resultados finales del tratamiento de exfoliación. En ocasiones se puede desarrollar hiperpigmentación que puede persistir durante semanas o meses después de la exfoliación.

_____ Entiendo que, aunque las complicaciones son muy raras, a veces pueden ocurrir. En caso de cualquier complicación, inmediatamente me comunicare con el médico o clínico que realizó el tratamiento.

_____Entiendo que, si tengo alguna condición acnéica en la piel, la exfoliación puede producir aceite o bacterias de debajo de la piel y puede causar el brote del acné.

_____Entiendo que el mantenimiento de los tratamientos VI Peel™ son necesarios para mantener los resultados, así como el régimen recomendo de VI DERM™ y el SPF50+.

_____Entiendo que la exposición prolongada directa al sol o las camas bronceadoras están estrictamente prohibidas antes y después de recibir el VI Peel™.

_____Entiendo que no debo realizar actividades que involucren sudar en exceso de 72-96 horas (ejercicio, saunas, baño al vapor, jacuzis)

_____Entiendo que debo proteger mi piel con VI DERM™ SPF 50 + y evitar la exposición al sol durante los siete días del proceso de exfoliación.

_____Entiendo que este es un procedimiento estético electivo.

_____Entiendo que no debo utilizar otros tratamientos como exfoliantes químicos, cepillos mecánicos o dispositivo médicos (laser, IPL-luz pulsada intensa, etc) en mi piel hasta que mi médico/clínico me dé de alta para hacer eso.

_____ _____ Firma del Paciente
Fecha

_____ _____ Firma del Practicante
Fecha

PEEL TYPE:_____LOT # _____EXP DATE:_____