**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO CON LÁSER**

El médico especialista, Dra……….me ha explicado en forma satisfactoria en qué consiste, cómo se realiza y para qué sirve el tratamiento con LÁSER ………Genital en zona…….

También me ha hecho saber los posibles riesgos, molestias, complicaciones y que el tratamiento resulta el más adecuado para mi situación clínica.

He comprendido perfectamente y doy mi consentimiento en pleno uso de mis facultades libre y voluntariamente, en virtual de los derechos que marca la ley para que la

Dra.....…....... junto con el personal técnico que crea conveniente me realice el tratamiento propuesto.

Puedo si quisiera retirar mi consentimiento cuando lo desee, antes de la realización del procedimiento.

Para que así conste y se realice firmo el presente documento después de haberlo leído atentamente.

Lugar y fecha: …………….

FIRMA Y ACLARACIÓN

DNI:

Yo Dra…….....he informado al paciente del propósito y naturaleza del procedimiento y aplicación de LÁSER… ……,EN ZONA…......

FIRMA:

M.N.

SELLO:

*NOTA: Todo el material utilizado es esterilizado de manera correcta y para un solo uso bajo estrictas normas de bioseguridad, según la Resolución 1067/2019 y ante la presencia del paciente.*