



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tras la lectura del documento previo, doy me acuerdo para realizar sesiones de estimulación de las glándulas de Meibomio por luz pulsada (lámpara flash) con el aparato **E-Eye**.



Apellidos :

Nombre :

Fecha de nacimiento :

Fecha y firma

(para los menores de edad, firma de por lo menos uno de los padres)

CUESTIONARIO DE COMPATIBILIDAD

El E•Eye no debe ser utilizado en personas incompatibles con un tratamiento por luz pulsada.

En caso de duda sobre una patología y/o un tratamiento en proceso, indíquelo antes de la sesión. Si su estado de salud evoluciona entre dos sesiones, señálelo a su especialista.

Le agradecemos que rellene el cuestionario siguiente antes de cada sesión:



	Sesión 1		Sesión 2		Sesión 3		Sesión 4 (opcional)	
	sí	no	sí	no	sí	no	sí	no
¿Está embarazada?	<input type="checkbox"/>							
¿Tiene antecedentes de alergia al sol?	<input type="checkbox"/>							
¿Ha realizado UVAS en altas presiones desde hace menos de diez días?	<input type="checkbox"/>							
¿Ha sufrido golpes de sol en el rostro que se hayan curado desde hace menos de un mes?	<input type="checkbox"/>							
¿Tiene antecedentes patológicos dermatológicos en el rostro?	<input type="checkbox"/>							
¿Tiene infecciones a nivel de la zona donde se va a realizar el flash?	<input type="checkbox"/>							
¿Tiene algún tratamiento fotosensibilizante?	<input type="checkbox"/>							
¿Tiene tatuajes o maquillaje permanente a nivel de la zona donde se va a realizar el flash?	<input type="checkbox"/>							
¿Toma complementos alimentarios que favorecen el bronceado?	<input type="checkbox"/>							
¿Actualmente, utiliza un autobronceador?	<input type="checkbox"/>							
¿Tiene la piel negra (fototipo VI)?	<input type="checkbox"/>							
¿Es diabético?	<input type="checkbox"/>							
¿Es epiléptico?	<input type="checkbox"/>							
¿Lleva un marcapasos?	<input type="checkbox"/>							