



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO DE SALUD  
RESECCIÓN CON LÁSER DE CO2**

Mayo 21 de 2019

Versión: 7

Cód.: SUH-FOR155

Página 1 de 2

**SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN**

Yo, \_\_\_\_\_ mayor de edad identificado(a) con  CD  CE  PA  
\_\_\_\_\_ actuando en nombre propio o como representante legal de  
\_\_\_\_\_ identificado con TI  RC  \_\_\_\_\_. **Declaro:** Que  
he acudido a consulta médica, que he discutido mi situación actual de salud, la naturaleza del procedimiento solicitado y  
recomendado, las perspectivas de éxito y los posibles riesgos y beneficios de dicho tratamiento con un profesional de la  
salud. Me ha brindado también suficiente tiempo para hacer preguntas y/o aclarar dudas, las cuales confirmo que han sido  
despejadas satisfactoriamente. Por lo anterior apruebo el tratamiento de salud propuesto, consistente en Resección con  
láser de CO2.

**Área(s):** \_\_\_\_\_

**Diagnóstico:** \_\_\_\_\_

**Alternativas:** Criocirugía, electrocauterización, cirugía.

**Se me ha advertido de los posibles efectos colaterales que incluyen y no están limitados a:**

1. Después del procedimiento se puede presentar inflamación, ardor, costra, depresión localizada, prurito, enrojecimiento, hematomas y/o dolor a la palpación del área tratada.
2. La cicatrización es un proceso individual y dependerá de las condiciones genéticas de cada paciente.

Y de los siguientes **Riesgos Específicos** por mi condición particular: \_\_\_\_\_

**Pronóstico, conducta:**

1. El láser CO2 es un tratamiento de salud que emite un haz de luz potente que vaporiza tejidos, genera corte preciso con un mínimo riesgo para tejidos vecinos. Se utiliza la debida protección ocular.
2. La duración del procedimiento es variable, depende del tipo y cantidad de lesiones.
3. El seguimiento médico debe continuarse después del tratamiento.
4. En caso de ser mujer, informo que **NO** me encuentro embarazada, ni lactando.
5. Autorizo que se use anestesia local.
6. Se me han explicado los riesgos y complicaciones de dicha anestesia.
7. He sido informado adecuadamente del procedimiento, el láser y de los cuidados pre y pos del tratamiento.
8. Todos los tratamientos médicos están avalados por estudios científicos que demuestran la eficacia de los tratamientos de salud realizados. En muchos casos el efecto del tratamiento de salud existe a nivel celular o en capas de profundidad de la piel y su efecto solo es observable clínicamente con el paso del tiempo y varía de paciente a paciente.
9. El autocuidado hace parte fundamental en el resultado del tratamiento de salud realizado. El paciente es responsable en cumplir las recomendaciones informadas con especial atención a la restricción de exposición solar.
10. Autorizo toma de fotografías y videos solo para utilidad científica o proyectadas solamente para fines científicos siempre y cuando se me garantice el más absoluto respeto a mi intimidad y anonimato.
11. Al firmar acepto que he leído, comprendido la información escrita y que se me han aclarado todas las dudas, por lo tanto y en forma libre autorizo el tratamiento de salud.

Entiendo que la práctica médica no son ciencias exactas. Me ha advertido que se realizará las intervenciones necesarias con la mayor diligencia y cuidado. También me ha informado de mi derecho a rechazar el tratamiento de salud o revocar este consentimiento.

Pereira, \_\_\_\_\_ DD/MM/AA

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma Acudiente Responsable

Rechazo el tratamiento y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma Acudiente Responsable

**Cuidados:**

1. No debe realizarse ningún otro procedimiento en el área hasta tanto esté completamente recuperado y/o bajo la autorización y supervisión del médico.
2. Evite exponerse al sol directamente hasta pasadas tres (3) semanas o lo indicado por el médico.
3. Usar protector solar diariamente.
4. No se frote el área tratada.
5. No se aplique en el área nada que no esté indicado por su médico.
6. Puede lavarse el área tratada común y corriente.
7. Sí hubo necesidad de puntos, el médico le indicará el día adecuado de retiro.
8. Seguir indicaciones o fórmula médica.
9. Sí se presenta costra en el área es totalmente normal y caerá sola.
10. Adecuada nutrición como coadyuvante al proceso de cicatrización.
11. Informar oportunamente cualquier situación que considere fuera de lo normal.
12. Asistir al seguimiento médico

**Compromisos:**

1. De ser necesario y por razones sanitarias autorizo a disponer de la forma más conveniente de los tejidos que por razón del procedimiento sean extraídos.
2. Comprendo que el tratamiento puede requerir resecciones adicionales, en este caso, el paciente deberá asumir los costos del mismo
3. Acepto que en caso de presentarse cualquier complicación médica los costos como medicamentos, exámenes médicos, transporte, citas con otros especialistas, hospedaje, manutención y similares están en su totalidad a cargo del paciente y queda autorizado con la firma que realizo en este documento.
4. Tengo bien comprendido que la sede de la Unidad Dermatológica Laser está ubicada en la avenida Circunvalar #13-40 oficina 408 centro empresarial Uniplex en la ciudad de Pereira para cualquier revisión y/o procedimiento adicional.
5. Acepto que mi tratamiento puede verse reprogramado para otras fechas en caso de que el insumo y/o equipo no se encuentre disponible por causas de fuerza mayor y no previstas.

---

Firma del Paciente