



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO DE SALUD
CRIOTERAPIA**

Junio 1 de 2018

Versión: 3

Cód.: SUH-FOR159

Página 1 de 2

SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN

Yo, _____ mayor de edad identificado(a) con CC 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 han 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 Crioterapia.

Área(s): _____

Diagnóstico: Verrugas Papiloma Plantar Queratosis Actínica Condilomas Acuminados
 Léntigo Senil Granuloma Piógeno Hiperplasia Sebácea Angiomas de Pequeño Tamaño
 Leucoplasia Xantelasmas Papulosis Bowenoide Queloides y cicatrices hipertróficas
 Otro _____

Alternativas: Láser CO₂, electrocauterización, cirugía.

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

1. Después de la intervención puede presentarse inflamación, ardor, dolor local, sangrado, alteración del color de la piel, costra, depresión localizada, prurito, enrojecimiento, hematomas y/o dolor a la palpación del área tratada.
2. En los días postquirúrgicos puede presentarse lesiones ampollosas en el área tratada.
3. 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 objetivo de la técnica es eliminar una lesión cutánea o erradicar un tumor cutáneo benigno o maligno mediante la aplicación de un agente criogénico que congela la lesión.
2. El tratamiento de salud consiste en aplicar el agente (nitrógeno líquido u otro) sobre la zona a tratar.
3. El procedimiento es de duración variable según el tipo y cantidad de lesiones.
4. Informo que **NO** presento cuadros de insuficiencia vascular periférica, enfermedades del colágeno y autoinmunes, enfermedades por déficit de plaquetas, pioderma gangrenoso, intolerancia al frío, criofibrogenemia, crioglobulinemia.
5. El seguimiento médico debe continuarse después del tratamiento de salud.
6. En caso de ser mujer, informo que **NO** me encuentro embarazada, ni lactando.
7. Autorizo que se use anestesia local.
8. Se me han explicado los riesgos y complicaciones de dicha anestesia.
9. He sido informado adecuadamente del procedimiento y de los cuidados pre y pos del tratamiento de salud.
10. 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.
11. 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.
12. 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.
13. 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 han 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. Evitar exposición solar directa o en el área durante las siguientes tres (3) semanas.
2. Usar protector solar diariamente.
3. Mantener el tratamiento indicado por el médico.
4. Avisar oportunamente de cualquier cambio que no haya sido explicado.

Compromisos:

1. El resultado del tratamiento médico depende de la asistencia a las citas según programa a realizar, en caso de no asistir me comprometo a cancelar y reasignar la cita tan pronto como sea posible. Si existiera una ausencia de dos semanas o más entiendo que afecta el resultado final del tratamiento.
2. Comprendo que el tratamiento puede requerir de sesiones adicionales para lograr el efecto deseado, 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 Láser 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.
6. En caso de suspensión y/o abandono del tratamiento, con un pago anticipado se cobrará las sesiones de acuerdo a la tabla de tarifas, tal como si se lo hubiera pagado sesión por sesión, se reembolsará el valor restante y el paciente asume las consecuencias de su retiro voluntario.
7. Después de un año de suspensión y/o abandono, a partir de la última sesión realizada, no da lugar a reembolso.

Firma del Paciente