

## 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 aplicación del láser Revlite.

**Área(s):** \_\_\_\_\_

**Diagnóstico:**  Léntigos  Efélides  Otras Lesiones Pigmentarias  
 Melasma  Onicomicosis  Neocolagenesis

**Alternativas:** Medicamentos de uso ambulatorio, Peeling Químicos, abrasión, criocirugía, Láser

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

1. Después de la sesión puede presentarse un enrojecimiento leve o moderado o irritación que cede lentamente.
2. Ocasionalmente pueden surgir lesiones **vesicoampollosas** con posterior formación de costras y que eventualmente pueden evolucionar a lesión cicatricial que será tratada por el médico.
3. Eventualmente pueden aparecer **hiperpigmentaciones** más duraderas que irán cediendo con el tratamiento médico.
4. Eventualmente pueden aparecer **hipopigmentaciones**.
5. Eventualmente pueden surgir **pequeñas ulceraciones** que ceden con el tratamiento ordenado por el médico.
6. Eventualmente puede aparecer **pseudofoliculitis** que irá cediendo con el tratamiento médico.

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

**Pronóstico, conducta:**

1. La sesión es aplicación de luz láser mediante una pieza de mano sobre el área a tratar con la debida protección ocular.
2. Es un tratamiento de salud que se realiza por sesiones, el número de éstas depende del cuadro clínico y de la respuesta individual.
3. El intervalo entre sesiones dependerá de la evolución clínica, generalmente en un intervalo de 20 días a 1 mes.
4. Es un tratamiento de salud que requiere de manera determinante **NO** estar bronceado(a)
5. En caso de ser mujer, informo que **NO** me encuentro embarazada.
6. La duración del tratamiento de salud dependerá de la evolución clínica.
7. La respuesta al tratamiento de salud es progresiva y lenta.
8. Autorizo que se use anestesia local y se me han explicado los riesgos y complicaciones de dicha anestesia.
9. Informo que no estoy consumiendo medicamentos fotosensibles ni tengo desórdenes convulsivos estimulados por luz.
10. He sido informado adecuadamente sobre cómo actúa el láser, cuidados pre y pos aplicación y valores por área.
11. Acepto  la toma de fotografías y videos solo para control y seguimiento del procedimiento para ser utilizadas solamente para fines científicos, siempre y cuando se me garantice el más absoluto respeto a mi intimidad y anonimato.
12. No acepto  la toma de fotografías y así mismo renuncio a reclamación respecto al procedimiento, comprendiendo que el médico no tiene elementos para evaluación y seguimiento.
13. 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.
14. 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.
15. 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 de la medicina 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 dos (2) semanas antes y dos (2) semanas después luego de cada sesión
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 un mes 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