

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 Tratamiento cutáneo con sistema de micropunción.

Diagnóstico: Cicatrices de acné Melasma Dermatoheliosis Elastosis Estrías

Alternativas: Radiofrecuencia, luz pulsada, láser ablativos y no ablativos.

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

Inflamación, enrojecimiento, ardor y prurito que ceden durante los días siguientes. Mínimo riesgo que el procedimiento pueda presentar o generar molestias, manchas posinflamatorias, rocío sangrante ocasional y/o reacciones alérgicas de contacto (níquel).

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

Pronóstico, conducta:

1. Los sistemas de micropunción es un tratamiento coadyuvante al tratamiento ordenado por el médico. Facilitan el transporte de sustancias activas y estimulan la regeneración del colágeno de la piel mediante un sistema controlado, tanto en tiempo como en profundidad.
2. El tratamiento tan solo produce un ligero eritema, no siendo necesaria la aplicación de anestesia en ningún momento del tratamiento, ni con riesgo de lesión cicatricial alguna.
3. Un estímulo físico mecánico, consigue producir una ligera micropunción que se traduce en una inflamación. Este proceso inflamatorio consigue activar la producción natural de colágeno y elastina del paciente, como mecanismo de autoreparación de la piel.
4. La sesión la realiza el personal asistencial bajo la supervisión del médico.
5. En caso de ser mujer, informo que **NO** me encuentro embarazada, ni lactando.
6. Informo que **NO** presento cáncer de piel, psoriasis, infecciones activas (herpes, verrugas), heridas abiertas o acné activo.
7. Informo que **NO** me encuentro en tratamiento con quimioterapia y/o radioterapia ni con isotretinoína.
8. He sido informado adecuadamente sobre cómo actúa la fotobiomodulación, los cuidados pre y pos aplicación y valores del tratamiento.
9. Todos los tratamientos médicos están avalados por estudios científicos que demuestran la eficacia de los tratamientos realizados. En muchos casos el efecto del tratamiento 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.
10. El autocuidado hace parte fundamental en el resultado del tratamiento realizado. El paciente es responsable en cumplir las recomendaciones informadas con especial atención a la restricción de exposición solar.
11. 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.
12. 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, _____ D D / M M / A A

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. Uso de protector solar diariamente.
2. Mantener el tratamiento indicado por el médico.
3. 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 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