



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO DE SALUD  
MECANO ESTIMULACIÓN CON CELLU M6**

Junio 15 de 2018

Versión: 1

Cód.: SUH-FOR169

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 mecano estimulación con CELLU M6.

**Área (s):** \_\_\_\_\_

**Diagnóstico:**  Retención de líquidos  Post-quirúrgico  Lipodistrofia

**Alternativas:** Dieta balanceada, ejercicio, radiofrecuencia, cámara de colágeno, estimulación linfática.

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

1. Es posible la aparición de hematomas en el área tratada.

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

**Pronóstico, conducta:**

1. El Cellu M6 es una técnica de estimulación celular por mecano-estimulación para activar la circulación sanguínea, reafirmar el tejido y mejorar del tono cutáneo.
2. Se aplica a través de una pieza de mano que se mueve continuamente sobre la piel, protegida por una malla. Consta de dos (2) rodillos y una succión continua o secuencial. La velocidad y el sentido de giro de los rodillos, permite diferentes modalidades de tratamiento de salud dirigidas a movilizar componentes intracelulares de los adipocitos, mejorar la circulación sanguínea y linfática.
3. La sesión la realiza el personal asistencial bajo la supervisión médica.
4. En caso de ser mujer, informo que **NO** me encuentro embarazada, ni lactando, ni presento implante subcutáneo contraceptivo en las áreas a tratar.
5. Informo que **NO** tengo marcapasos, enfermedad sanguínea, sangrados no diagnosticados o afección inflamatoria evolutiva.
6. Informo que **NO** consumo anticoagulantes ni corticoides de manera prolongada.
7. Informo que **NO** tengo flebitis, ni infección o erupción cutáneas en las áreas a tratar.
8. He sido informado adecuadamente sobre cómo actúa el Cellu M6, los cuidados pre y pos aplicación y valores por área de interés.
9. 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 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 y no hay resultados garantizados. 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 Paciente

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

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

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

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

**Cuidados:**

1. Tener una dieta balanceada, buena hidratación oral y actividad física regularmente.
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 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