



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO DE SALUD  
ESTIMULACIÓN LINFÁTICA CON IMPRESS-240**

Junio 15 de 2018

Versión: 6

Cód.: SUH-FOR170

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 Estimulación  
linfática con Impress-240

**Diagnóstico:**  Tejido adiposo localizado  Insuficiencia Venosa  Trastorno drenaje linfático

**Alternativas:** Dieta balanceada, ejercicio, masaje manual de estimulación linfática

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

Después del procedimiento es posible que se presenten hematomas en el área tratada.

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

**Pronóstico, conducta:**

1. Es un medio de estimulación linfática que se realiza por sesiones.
2. Consiste en un masaje realizado con aire, el cual es bombeado a diferentes presiones dentro de unas fundas que cubren las extremidades y el torso con una intensidad que depende de cada paciente. El masaje con aire genera un aumento del flujo linfático, permitiendo que la grasa tratada se transporte de manera más efectiva hacia los ganglios linfáticos principales y hacia el hígado.
3. En caso de ser mujer, informo que **NO** me encuentro embarazada, ni lactando.
4. Informo que **NO** tengo trombosis venosa profunda, varices y debo informar si tengo otra enfermedad circulatoria.
5. Informo que **NO** presento enfermedad cardiovascular, arteriosclerosis ni patologías hepáticas.
6. Informo que **NO** presento infecciones cutáneas ni linfangitis.
7. La sesión la realiza el personal asistencial bajo la supervisión del médico.
8. 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.
9. 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.
10. He sido informado adecuadamente sobre cómo actúa el Impress-240, los cuidados pre y pos aplicación y valores por área de interés.
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, \_\_\_\_\_ 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 y realizar 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 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