



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO DE SALUD
TRATAMIENTO CON FOTOTERAPIA**

Junio 1 de 2018
Versión: 9
Cód.: SUH-FOR173
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 sido remitido por el Dr(a). _____ con quien he acudido a consulta médica, que he discutido con él 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 de salud. Me ha brindado también suficiente tiempo para hacer preguntas y/o aclarar dudas, las cuales confirmo que han sido despejadas satisfactoriamente. Que con dicha remisión he acudido a la Unidad Dermatológica Láser donde me han leído y explicado el procedimiento de manera clara y comprensible. Por lo anterior apruebo el tratamiento de salud propuesto, consistente en Fototerapia con luz **UVA** **UVB-NB.**

Área (s): _____

Diagnóstico: Vitiligo Psoriasis Linfoma Cutáneo Otro _____

Alternativas: Medicamentos tópicos u orales, fototerapia con luz solar.

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

Quemaduras locales, fotoenvejecimiento, carcinogénesis, alteraciones oculares en caso de no usar la protección adecuada.

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

Pronóstico, conducta:

1. La Fototerapia consiste en la aplicación cutánea de luz ultravioleta con efecto inmunomodulador (antiinflamatorio) donde el área a tratar se expone dentro de una cámara equipada con varias lámparas.
2. Las sesiones se realizan con intervalos fijados por el médico tratante, contando con la disponibilidad del paciente.
3. La respuesta es variable e individual y los resultados serán más evidentes si el paciente realiza un adecuado e ininterrumpido tratamiento, complementado según el caso con medicación tópica u oral para un tratamiento integral de la enfermedad dermatológica.
4. La mayoría de las enfermedades tratadas son crónicas y requieren de una terapia de mantenimiento para asegurar mayores tiempos libres de síntomas o con reducción de los mismos.
5. Pueden existir exacerbaciones de la patología, propias del carácter recurrente de la misma.
6. Las sesiones las realiza el personal asistencial bajo las directrices del médico tratante.
7. Durante toda la sesión de fototerapia es absolutamente necesario el uso de gafas especiales suministradas en la institución. No deben abrirse los ojos dentro de la cámara, debido al riesgo de daños desde leves hasta irreversibles en los ojos. Así mismo deben protegerse areolas, pezones y testículos.
8. Si es el paciente es menor de edad, debe contar con autorización y compañía permanente de un adulto responsable.
9. En caso de ser mujer, informo que **NO** me encuentro embarazada, ni lactando.
10. He sido informado adecuadamente sobre cómo actúa el equipo, los cuidados pre y post y los costos del tratamiento.
11. 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.
12. 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.
13. Autorizo la toma de fotografías y/o videos solo para seguimiento clínico o utilidad científica siempre y cuando se me garantice el más absoluto respeto a mi intimidad y anonimato.
14. Al firmar acepto que he leído y 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 es una ciencia exacta y se me informó que se realizarán todas las intervenciones necesarias con la mayor diligencia y cuidado posibles. También se me ha informado de mi derecho a rechazar el tratamiento 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. Informar al personal asistencias sobre antecedente de claustrofobia.
2. Uso de protector solar diariamente.
3. Avisar al personal asistencial sobre consumo actual de medicamentos o cambios en la prescripción por parte del médico.
4. Evitar la automedicación.
5. Mantener el tratamiento indicado por el médico.
6. Avisar oportunamente de cualquier cambio que no haya sido explicado.
7. Acudir a los seguimientos médicos.

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 - c.c.