



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO DE SALUD
TRATAMIENTO DE CICATRICES Y QUELOIDES CON LUZ PULSADA**

Junio 1 de 2018

Versión: 6

Cód.: SUH-FOR174

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 Luz pulsada para
tratamiento de cicatrices y queloides.

Área: _____

Diagnóstico: Cicatriz Queloides Cicatriz hipertrófica

Alternativas: Resección quirúrgica, abrasión, infiltración con corticoesteroides

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

1. Después de la sesión puede presentarse 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 superficial que serán tratadas por el médico.
3. Eventualmente aparece **hiperpigmentaciones** más duraderas que irán cediendo con el tratamiento médico.
4. Eventualmente pueden surgir pequeñas **ulceraciones** que ceden con el tratamiento ordenado por el médico.

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

Pronóstico, conducta:

1. Es un tratamiento de salud que se realiza por sesiones, el número de éstas depende del cuadro clínico y de la respuesta individual, progresiva y lenta.
2. No es posible determinar el número de sesiones requeridas para suavizar la cicatriz o el queloides.
3. Es un tratamiento de salud que requiere de manera determinante **NO** estar bronceado(a).
4. En caso de ser mujer, informo que **NO** me encuentro embarazada, ni lactando.
5. La duración del tratamiento dependerá de la evolución clínica.
6. El tratamiento busca disminuir y suavizar la cicatriz o el queloides mas nunca podrá garantizarse que desaparezca.
7. El intervalo entre sesiones dependerá de la evolución clínica y generalmente se realiza en un intervalo de 20 días.
8. La sesión es la aplicación de una luz pulsada intensa a través de una pieza de mano sobre el área a tratar con la debida protección ocular.
9. Autorizo que se use anestesia local y se me han explicado los riesgos y complicaciones de dicha anestesia.
10. He sido informado adecuadamente sobre cómo actúa la luz pulsada, los cuidados pre y pos aplicación y valores 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 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.
14. 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 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 directa o en el área tratada durante las dos semanas posteriores al tratamiento.
2. Uso de protector solar diariamente.
3. Mantener el tratamiento indicado por el médico.
4. Avisar oportunamente de cualquier cambio que no haya sido explicado.
5. 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