



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO DE SALUD
NEOCOLAGENESIS CON RADIOFRECUENCIA**

Junio 1 de 2018
Versión: 8
Cód.: SUH-FOR179
Página 1 de 2

SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN

Yo, _____ mayor de edad identificado(a) con cc ce pa
_____ actuando en nombre propio. **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:

Thermage Exilis Legacy Otro _____

Área(s): _____

Diagnóstico: Dermatoheliosis Profilaxis Elastosis

Alternativas: Toxina Botulínica, Sustentación de tejido con Hilos, cirugía plástica.

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

1. Inflamación, enrojecimiento, ardor y prurito que ceden durante los días siguientes.
2. Mínimo riesgo de presentar molestias, quemadura leve, nódulos, infección, reactivación del virus del herpes simple.

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

Pronóstico, conducta:

1. Este procedimiento de salud busca mejorar la producción de colágeno y reparación de fibras elásticas. **NO** reemplaza la cirugía plástica
2. El procedimiento es la aplicación de radiofrecuencia sobre el área a tratar que debe estar libre de vellos.
3. Es un tratamiento de salud de una sesión en caso del Thermage o varias sesiones en las otras radiofrecuencias.
4. Los resultados aparecen gradualmente entre 2 y 6 meses después del procedimiento.
5. El procedimiento puede durar desde unos minutos hasta una hora y media en función del tamaño del área a tratar y del procedimiento escogido.
6. El seguimiento médico debe continuarse después del tratamiento de salud.
7. Declaro que **NO** me encuentro embarazada, ni lactando. **NO** poseo marcapasos, desfibriladores o cualquier otro equipo eléctrico implantado. **NO** presento enfermedad degenerativa neurológica, ni venas varicosas en miembros inferiores ni enfermedad autoinmune relacionada con la piel.
8. Avisar al médico sobre antecedentes de áreas con implantes de silicona, gortex, softform, inyecciones de grasa o rellenos.
9. La sesión la realiza el médico o el personal asistencial quien él delegue bajo su supervisión.
10. En caso de ser necesario, autorizo uso de anestesia local, se me han explicado los riesgos y complicaciones de la misma.
11. He sido informado adecuadamente sobre cómo actúa el tratamiento de salud, los cuidados pre y pos y valores de interés.
12. 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.
13. El autocuidado hace parte fundamental en el resultado del tratamiento realizado. El paciente es responsable en cumplir las recomendaciones informadas.
14. Acepto la toma de fotografías y videos solo para control y seguimiento del procedimiento para ser utilizadas solamente para fines científicos, siempre y cuando se me garantice el más absoluto respeto a mi intimidad y anonimato.
15. No acepto la toma de fotografías y así mismo renuncio a reclamación respecto al procedimiento, comprendiendo que el médico no tiene elementos para evaluación y seguimiento.
16. 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 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 la toma de antiinflamatorios en las doce (12) horas siguientes al tratamiento.
2. Uso de protector solar diariamente.
3. Mantener el tratamiento indicado por el médico.
4. Adecuada nutrición para obtener mejores resultados
5. Evitar fumar.
6. Evitar el consumo excesivo de alcohol.
7. 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 de salud 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