



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO DE SALUD
TERAPIA DETOXIFICANTE**

Junio 1 de 2018
Versión: 5
Cód.: SUH-FOR180
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 aplicación intravenosa de vitamina C en alta dosis; adicionalmente puede incluir medicamentos antihomotóxicos de acuerdo a la indicación médica.

Diagnóstico: Paciente sano Postquirúrgico Enfermedades inflamatorias

Alternativas: Dieta balanceada, antioxidantes orales. **Protocolo:** _____

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

1. Equimosis por punción producida por el catéter venoso.
2. En pacientes con antecedentes de enfermedad del riñón, se ha informado sobre insuficiencia de los riñones después del tratamiento con dosis altas de vitamina C. Los pacientes con probabilidad de tener cálculos renales no se deben tratar con dosis altas de vitamina C.
3. En pacientes con una afección heredada conocida como deficiencia de G6PD no deben recibir dosis altas de vitamina C, ya que tal vez produzca hemólisis (afección en la que se destruyen los glóbulos rojos).
4. En pacientes con hemocromatosis (afección en la que el cuerpo capta y almacena más hierro del que necesita) no se recomiendan las dosis altas de vitamina C debido a que la vitamina C puede hacer que el cuerpo absorba y use más fácilmente el hierro.

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

Pronóstico, conducta:

1. Es un tratamiento que se realiza mediante la aplicación de una vitamina por vía intravenosa llamada Ácido Ascorbico de 50ml y su principal función es como agente antioxidante, se acompaña de la infusión de medicamentos antihomotóxicos de laboratorios Heel con indicación de detoxificación básica, hepática, avanzada, biorevitalización, urticaria, herpes, entre otros.
2. La aplicación es simple y rápida con una duración de 20 a 30 minutos aproximadamente
3. La dosis y frecuencia de aplicación la determina el médico y varía de acuerdo a la condición a tratar.
4. La sesión la realiza el personal asistencial bajo la supervisión del médico.
5. En caso de ser mujer, informo que **NO** me encuentro embarazada, ni lactando.
6. Informo que **NO** presento enfermedad del riñón, ni predisposición a cálculos renales.
7. Informo que **NO** poseo deficiencia de G6PD ni hemocromatosis.
8. He sido informado adecuadamente del procedimiento y de los cuidados pre y pos del tratamiento.
9. 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.
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. 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. Hábitos alimenticios y cotidianos saludables.
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 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