

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 ha 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 del láser
fraccionado CO2.

Área(s): _____

Diagnóstico: Dermatoheliosis Elastosis Cicatrices de acné Otro: _____

Alternativas: Peelings químicos, abrasión quirúrgica

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

1. Después de la intervención puede presentarse enrojecimiento severo, inflamación, ardor, sensación de calor, supuración, manchas oscuras o blancas y/o dolor a la palpación del área. Además de los riesgos poco frecuentes que en el procedimiento puede presentarse y que podría generar molestias tal como herpes e infecciones bacterianas.
2. La cicatrización es un proceso individual y dependerá de las condiciones genéticas de cada paciente.

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

Pronóstico, conducta:

1. El láser Fraccionado de CO₂ es una luz láser aplicada sobre el área con la debida protección ocular. El láser calienta el agua contenida en las células epidérmicas induciendo recambio éstas y reorganizando el colágeno. Penetra la piel por pequeños canales aleatorios, respetando el tejido periférico, lo que hace más rápida la recuperación.
2. En la evolución se formarán costras que caerán generalmente en el trascurso de diez (10) a doce (12) días. Posteriormente se presentará eritema de duración variable.
3. Es un tratamiento de salud que se realiza entre una y dos horas, la mejoría depende del cuadro clínico y existe una respuesta individual.
4. El seguimiento médico debe continuarse después del tratamiento.
5. En caso de ser mujer, informo que **NO** me encuentro embarazada.
6. Informo que **NO** presento episodios de herpes simple.
7. Autorizo que se use anestesia local y se me han explicado los riesgos y complicaciones de dicha anestesia.
8. He sido informado adecuadamente del procedimiento, del láser 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 de salud realizados. En muchos casos el efecto del tratamiento de salud 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 de salud realizado. El paciente es responsable en cumplir las recomendaciones informadas con especial atención a la restricción de exposición solar.
11. 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.
12. 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.
13. 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 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 durante las siguientes tres (3) semanas o más según indicación médica.
2. Usar protector solar diariamente.
3. Mantener el tratamiento indicado por el médico.
4. Avisar oportunamente de cualquier cambio que no haya sido explicado.
5. Asistir al seguimiento médico.

Compromisos:

1. De ser necesario y por razones sanitarias autorizo a disponer de la forma más conveniente de los tejidos que por razón del procedimiento sean extraídos.
2. 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 dos semanas o más entiendo que afecta el resultado final del tratamiento.
3. 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.
4. 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.
5. Tengo bien comprendido que la sede del Dr. Hernán Emilio Duque Romero 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.
6. 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.
7. 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.
8. Después de un año de suspensión y/o abandono, a partir de la última sesión realizada, no da lugar a reembolso.

Firma del Paciente