

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 de
material de hidratación y nutrición dérmica.

Área(s): _____

Diagnóstico: Dermatoheliosis Xerosis cutánea

Alternativas: Antioxidantes orales, Hydrafacial premium,.

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

Enrojecimiento, hinchazón, dolor, prurito, hematoma y dolor a la palpación en la zona, la mayoría son de grado leve o moderado y se resuelven espontáneamente unos días después de la inyección. Además, de los riesgos muy poco frecuentes que pueden presentarse y que podría generar molestias con una duración media de dos semanas y en casos muy poco frecuentes varios meses; tales como: reacciones alérgicas localizadas, hinchazón, tonalidad grisácea de la piel, absceso, endurecimiento de la zona del implante y en casos muy raros, formaciones parecidas al acné. Con una frecuencia todavía menor se dan casos de formación de costra en la zona tratada, con riesgo de lesión cicatricial superficial.

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

Pronóstico, conducta:

1. Es un tratamiento de salud que se realiza mediante la aplicación de inyecciones dérmicas o subdérmicas de un medicamento llamado _____ que reemplaza hidrata y nutre la dermis.
2. El procedimiento es simple y rápido. Durante la aplicación del material se sentirá la sensación incomoda normal de la aplicación de inyecciones.
3. El efecto del material es funcional.
4. Debe seguirse el tratamiento ambulatorio ordenado por el médico.
5. Informo que **SI** **NO** tomo aspirina, warfarina o medicamentos similares para que el médico tome las medidas necesarias.
6. En caso de ser mujer, informo que **NO** me encuentro embarazada, ni lactando.
7. Autorizo que se use anestesia local y se me han explicado los riesgos y complicaciones de dicha anestesia.
8. He sido informado adecuadamente sobre cómo actúa el material de relleno, los cuidados pre y pos aplicación y valores del tratamiento.
9. Autorizo la toma de fotografías y videos solo para utilidad científica o que sean proyectadas solamente para fines científicos siempre y cuando se me garantice el más absoluto respeto a mi intimidad y anonimato.
10. 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.
11. El autocuidado hace parte fundamental en el resultado del tratamiento realizado. El paciente es responsable en cumplir las recomendaciones informadas
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 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. Puede aplicarse sobre el área tratada compresas frías.
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.

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 dos semanas 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. El valor cancelado corresponde a los honorarios médicos, insumos y el volumen acordado del producto; más no de garantía del resultado.
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 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 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