

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 Resección Quirúrgica.

Área(s): _____

Diagnóstico: _____

Alternativas: Láser CO2, cauterizaciones.

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

1. Después del procedimiento se puede presentar inflamación, ardor, costra, depresión localizada, prurito, enrojecimiento, hematomas y/o dolor a la palpación del área tratada.
2. La cicatrización es un proceso individual y dependerá de las condiciones genéticas de cada paciente por lo que la herida resultante puede tornarse pigmentada, eritematosa, hipertrófica o queloide.

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

Pronóstico, conducta:

1. La Resección Quirúrgica es un tratamiento de salud para la extirpación de un fragmento de piel o lesión que implica pérdida de continuidad de la piel en esa área y sutura.
2. El procedimiento es de duración variable según el tipo de resección.
3. El seguimiento médico debe continuarse después del tratamiento.
4. En algunos casos los especímenes que sean resecados, deberán ir a estudio patológico. Tal estudio será costado por el paciente o por la entidad a través de la cual sea atendido. Los tratamientos de salud que se deriven del diagnóstico obtenido por el estudio de patología, correrán por cuenta del paciente o de su entidad, al igual que el tratamiento de salud de las recurrencias de la enfermedad.
5. En caso de ser mujer, informo que **NO** me encuentro embarazada, ni lactando.
6. Autorizo que se use anestesia local.
7. Se me han explicado los riesgos y complicaciones de dicha anestesia.
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 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. Autorizo la toma de fotografías y videos solo para utilidad científica a que sean 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 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. Cuidados locales según indicación médica.
2. Adecuada nutrición como coadyuvante al proceso de cicatrización.
3. Evitar exposición solar directa o en el área durante dos (2) semanas o más según indicación médica.
4. Usar protector solar diariamente.
5. Mantener el tratamiento indicado por el médico.
6. Avisar oportunamente de cualquier cambio que no haya sido explicado.
7. 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