

Yo, _____ mayor de edad identificado(a) con CC CE PA
_____ actuando en nombre. **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 Sustentación de tejido ptósico con hilos bioreabsorbibles.

Área(s): _____

Diagnóstico: Dermatoheliosis Elastosis

Alternativas: Toxina Botulínica, radiofrecuencia, cirugía plástica

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

Después de la intervención puede presentarse inflamación, hematomas, infección, sangrado, daño a estructuras profundas,
reacciones alérgicas, riesgos relacionados con anestesia local, cambios en la pigmentación, corrección parcial de la laxitud
de la piel, plegado o pequeños orificios en la piel, ligera asimetría, enrojecimiento, ardor, prurito, dolor a la palpación del área
tratada, tensión en la cara y/o visibilidad parcial de la sutura que pudiera necesitar un tratamiento adicional y/o remoción de
la sutura. 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. La sustentación de tejido laxo con hilo bioreabsorbible es un tratamiento de salud con la colocación subdérmica de
elementos sujetadores de piel a través de pequeños orificios.
2. Se me ha explicado que los resultados no son permanentes al igual que el hilo usado en el tratamiento de salud es
totalmente bioreabsorbible.
3. El procedimiento puede durar entre una y dos horas.
4. El seguimiento médico debe continuarse después del tratamiento de salud.
5. En caso de ser mujer, informo que **NO** me encuentro embarazada.
6. Informo que **NO** tengo alergia o sensibilidad de cuerpo extraño, biopolímeros, rellenos permanentes, enfermedades
crónicas de la piel, enfermedades autoinmunes, infecciones, falta de voluntad para restringir mis actividades cotidianas o
seguir instrucciones durante el proceso de recuperación.
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 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.

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 tratada durante las dos semanas posteriores al tratamiento.
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.
5. Acudir a los seguimientos médicos.

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 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