

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 Toxina Botulínica.

Área(s): _____

Diagnóstico: Distonía muscular Hiperhidrosis Elastosis

Alternativas: Medicamentos tópicos, ácido hialurónico, peelings químicos, dermoabrasiones, láseres, cirugía, lifting frontal.

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

1. Después de la aplicación del tratamiento de salud puede presentarse un leve enrojecimiento, equimosis, irritación o inflamación del área que cede lentamente. Eventualmente después de la aplicación se puede sentir dolores de cabeza o dolores locales. Esto es normal y generalmente desaparece en 24 horas.
2. La migración de la toxina a músculos en donde el efecto no es deseable, puede provocar ptosis palpebral (caída de párpado).

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 locales e intramusculares de un medicamento llamado _____ que relaja la musculatura donde es aplicado.
2. El procedimiento es simple y rápido.
3. Durante la aplicación de la toxina botulínica se sentirá la sensación incómoda normal de la aplicación de inyecciones.
4. El efecto terapéutico de la toxina botulínica dura un promedio de 3-6 meses. Después de este período, los músculos vuelven a contraerse.
5. La respuesta de la aplicación es progresiva, los primeros resultados pueden observarse aproximadamente en 7 días.
6. La aplicación de la toxina botulínica no va a cambiar radicalmente la apariencia, tampoco va a dejar sin expresión.
7. La aplicación consiste en inyectar, por parte del médico, en el área la toxina para relajar el músculo hiperfuncional.
8. Debe seguirse el tratamiento ambulatorio ordenado por el médico.
9. Informo que **SI** **NO** tomo aspirina, warfarina o medicamentos similares para las medidas necesarias.
10. En caso de ser mujer, informo que **NO** me encuentro embarazada, ni lactando.
11. En caso de ser necesario, autorizo que se use anestesia local y se me han explicado los riesgos y complicaciones de dicha anestesia.
12. He sido informado adecuadamente sobre cómo actúa la toxina botulínica, los cuidados pre y pos aplicación y precios del tratamiento de salud.
13. 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.
14. No acepto a toma de fotografías y así mismo renuncio a reclamación respecto al procedimiento, comprendiendo que el médico no tiene elementos para evaluación y seguimiento.
15. Todos los tratamientos de salud están avalados por estudios científicos que demuestran la eficacia de los tratamientos 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.
16. 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.
17. 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. Evite los viajes aéreos o práctica de buceo en las siguientes cuatro (4) horas después de la aplicación ya que los cambios de presión atmosférica pueden promover la difusión de la toxina.
2. Evite inmediatamente después de la aplicación y durante el día la realización de ejercicios físicos que puedan propiciar la migración de la toxina a músculos donde la relajación no es deseada.
3. No masajear la región para que no ocurra difusión del producto.
4. No acostarse durante las 4 horas siguientes a la aplicación para evitar la difusión del producto.
5. Uso de protector solar diariamente.
6. Mantener el tratamiento indicado por el médico.
7. 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 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