

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 Láser Affirm.

Área(s): _____

Diagnóstico: Dermatoheliosis Cicatrices de acné Estrías Otras cicatrices Elastosis

Alternativas: Medicamentos de uso ambulatorio, Thermage, láser fraccionado Active FX, luz pulsada intensa.

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

1. Después de la sesión se presenta un enrojecimiento leve o moderado o irritación que cede lentamente.
2. Ocasionalmente pueden surgir lesiones **vesicoampollosas** con posterior formación de costras.
3. Eventualmente pueden aparecer **hiperpigmentaciones** más duraderas que irán cediendo con el tratamiento de salud.
4. Eventualmente puede producirse **hipopigmentación**, por lo general transitoria, desapareciendo dentro de las primeras semanas y raramente en meses. Las pieles con mayor riesgo son las recién bronceadas y las de fototipo mayor de III.

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

Pronóstico, conducta:

1. Es una tecnología láser YAG que combina dos longitudes de onda que a nivel dermatológico permitirá mayores beneficios para el tratamiento de salud.
2. La sesión es aplicación de láser mediante una pieza de mano sobre el área durante 20-60 minutos con protección ocular.
3. La sesión se realiza con intervalos fijados por el médico y disponibilidad del paciente.
4. La respuesta al tratamiento de salud es progresiva y lenta.
5. El intervalo entre sesiones dependerá de la evolución clínica y generalmente se realiza en un intervalo de 2-4 semanas.
6. Informo que **SI** **NO** soy paciente con **herpes recurrente**, para que el médico tome las medidas necesarias.
7. Informo que **SI** **NO** tomo **isotretinoína**, para que el médico tome las medidas necesarias.
8. El seguimiento médico debe continuarse después de terminadas las sesiones.
9. En caso de ser mujer, informo que **NO** me encuentro embarazada, ni lactando.
10. **NO** me encuentro recién bronceado (a), como mínimo tengo un mes sin exposición solar directa.
11. El mantenimiento del resultado dependerá del cuidado del paciente y de la edad.
12. Autorizo que se use anestesia local y se me ha explicado los riesgos y complicaciones de dicha anestesia.
13. He sido informado adecuadamente sobre cómo actúa el láser Affirm, los cuidados pre y pos aplicación y valores por área.
14. 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.
15. 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.
16. 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.
17. El autocuidado hace parte fundamental en el resultado del tratamiento de salud realizado. El paciente es responsable en cumplir las recomendaciones informadas.
18. Al firmar acepto que he leído, comprendido la información escrita y que se me ha 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. Se me ha 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. 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. 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 un mes 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. 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.
4. 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.
5. Acepto que mi tratamiento de salud 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.
6. 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.
7. Después de un año de suspensión y/o abandono, a partir de la última sesión realizada, no da lugar a reembolso.

Firma del Paciente