**CONSENTIMIENTO INFOMADO**

Este documento faculta, entrega y otorga al especialista tratante, los estudiantes y a la empresa, la autorización para realizar los procedimientos indicados a cada caso con el plena consentimiento y conocimiento de los beneficios, desventajas y eventos adversos que se puedan producir durante o después de los mismos.

1. En este procedimiento se contempla las siguientes terapias: (marque con una “X”)

Aplicaciones de Plasma Rico en Plaquetas ( ) Dermoabrasión ( )

Aplicación de Ácido Hialurónico ( ) Hidrolipoclasia ( )

Aplicación de Toxina Botulínica ( ) Enzimas recombinantes ( )

Aplicación de Hilos Tensores ( ) Intradermoterapia ( )

Otro (especifique):

1. Acepta voluntariamente este tratamiento y afirmo que he sido plenamente informado /a de los resultados esperados de este procedimiento, así como las desventajas y los eventos adversos que se puedan producir durante el tratamiento y después del mismo, dentro de los cuales pueden encontrarse: inflamación local, hematomas, enrojecimiento, molestia y dolor leve, entre otros.
2. Eximo de responsabilidad al médico tratante, a la empresa Centro ORL Group, esto debido a que asumo los imponderables de reacción de mi organismo ante este tratamiento.
3. Acepto también que la duración de los efectos es temporal y reversible, así también la duración variable.
4. Acepto ser fotografiado, grabado u otros medios, con fines de documentación clínica y educacional, que permita a la institución y a sus profesionales mejorar la docencia de estas técnicas. Así también para publicar los resultados clínicos obtenidos con fines únicamente promocionales o educativos.
5. Así también, doy fe de haber entregado todos los antecedentes médicos de alergias, enfermedades autoinmunes, u otras, antecedentes de enfermedades crónicas, agudas y de tratamientos médicos anteriores y presentes, medicamentos ingeridos regularidad y cualquier otro antecedente relevante para evitar efectos adversos clínicos en este procedimiento.
6. Me comprometo a asistir al primer control post- tratamiento entre la segunda y cuarta semana luego de la terapia o cuando mi especialista lo indique, asumiendo la total responsabilidad en caso que exista alguna insatisfacción de parte mía, así mismo me comprometo a realizar el tratamiento domiciliario indicado por el médico
7. He leído completamente e íntegramente este documento, acepto u autorizo a ser sometido a esta terapia antes señalada.
8. El paciente escribe de puño y letra:” Comprendí el contenido de este consentimiento y acepto”

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre completo del paciente:  «=patient.name» | Cédula del paciente:  «=patient.identity\_card\_number» | Firma |
| Sexo:  «=es\_gender» | Ocupación:  «=patient.profession» |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha: «=current\_date» | Hora: «=current\_time» |

Campos para ser llenado por el médico tratante:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre completo del médico  tratante | «=doctor.pretty\_name» | Firma: |
| Nombre de la capacitación |  | Ciudad: |

Cuidados luego de la aplicación:

1. No tocar, masajear ni manipular la región tratada.
2. Evitar exponerse al sol, temperaturas calientes y actividad física luego de la aplicación.
3. Evitar ingerir alcohol, cigarrillo, u otras sustancias nocivas.
4. Enrojecimiento, molestias leves pueden ocurrir post procedimientos inyectables.
5. Cualquier inquietud consulte con su médico.

**FICHA DE DIAGNOSTICO AL PACIENTE**

Antecedentes Personales (marque con una “X”)

|  |  |
| --- | --- |
| CARDIOVASCULARES (Hipertensión, arritmias, taquicardias, cardiopatías, etc.) |  |
| DERMATOLÓGICOS y ENFERMEDADES ALERGICAS (acné, eczema, dermatitis, psoriasis, vitíligo, cáncer de piel, alergias, etc.) |  |
| ENDOCRINAS (Diabetes, tiroides, etc.) |  |
| ENFERMEDADES INFECCIOSAS E INMUNOLÓGICAS (hepatitis, tuberculosis, coronavirus, sífilis, lupus, etc.) |  |
| GASTROINTESTINALES (ulcera, reflujo gastroesofágico, etc.) |  |
| GINECOLOGICOS (dismenorrea ,endometriosis, quiste de ovario, miomas, etc.) |  |
| NEUROLOGICAS Y UROLOGICAS (insuficiencia renal, infecciones urinarias, etc.) |  |
| NEUROLOGICAS (epilepsia, Parkinson, Alzheimer, accidentes cerebrovasculares, etc.) |  |
| ONCOLOGICAS Y HEMATOLOGICOS (canceres, tumores, sarcomas, anemias, etc.) |  |
| OTORRINOLARINGOLOGICAS (hemorragias nasales, rinitis alérgica, sinusitis, etc.) |  |
| RESPIRATORISO ( asma, edema pulmonar, neumonía, etc.) |  |
| PSQUIATRICOS (esquizofrenia, trastorno bipolar, bulimia, anorexia, depresión, etc.) |  |
| TRAUMATOLOGICOS Y REUMATOLOGICOS. |  |
| TOXICOLOGÍA (drogas, estupefacientes, etc.) |  |
| OTROS (indique): |  |

Observaciones:

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………