**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTOS CON EXILIS PROTEGE INTIMA**

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía Nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Por este medio me permito manifestar que a la fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_He recibido por parte de la cosmetóloga o Dra. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, la siguiente información respecto al procedimiento Exilis Elite. El cual me será practicado en las instalaciones de SmadiaClinic.

Es un sistema de tratamiento no-invasivo para la reducción de depósitos de grasa y estiramiento de la piel.

La tecnología de PROTÉGÉ INTIMA mediante la combinación de ultrasonido terapéutico y radiofrecuencia monopolar actúa sobre el rejuvenecimiento del colágeno de la piel (Vulva) a través de tecnología patentada de objetivo preciso con exposición a energía dual, mejoría de la densidad de la piel y engrosamiento cutáneo basado en neocolagénesis.

El tratamiento no es cromóforo dependiente (se puede aplicar en cualquier tono de piel) y está disponible para todos los tipos de piel.

Es un tratamiento rápido y cómodo.

* Ofrece una eficiente remodelación cutánea para todas las aplicaciones estéticas deseadas de pacientes.
* Resultados en una notable mejora de la elasticidad y tono en la piel.
* Reduce la flacidez y rejuvenece la vulva.
* El tratamiento requiere mínimo 4 sesiones, separadas entre 7 a 14 días.
* La duración de la sesión esta entre 20 y 30 minutos, según área a tratar.
* Se utiliza gel conductor para realizar el tratamiento.
* La pieza de mano será cubierta con un protector que mantiene estéril el aplicador.
* Debe abundante de agua el día previo al tratamiento, el día del tratamiento y el día siguiente.

CONFIRMO que el tratamiento mencionado, me ha sido explicado a fondo en palabras comprensibles para mí, los riesgos típicos que tiene, los efectos no deseados, los riesgos característicos a mi persona, así como las molestias. Se me han explicado, igualmente otras opciones existentes que están disponibles en el mercado, con pros y contras de cada una de ellas. Teniendo esto en cuenta he escogido el tratamiento anteriormente descrito.

ACEPTO que puedan ocurrir los RIESGOS Y COMPLICACIONES descritos por la ciencia médica como inherentes a este tratamiento. Entre otros los principales riesgos que me han sido explicados son los siguientes:

- Riesgo y complicaciones comunes a cualquier tratamiento estético (por lo general leves, que remiten bajo el tratamiento adecuado ó incluso sin tratamiento), edemas o inflamación, irritación, quemaduras superficiales poco frecuentes, que remitirán generalmente en poco tiempo con el tratamiento adecuado, incluso a veces sin necesidad de tratamiento. .

.

RECONOZCO que en el curso del tratamiento pueden surgir condiciones no previstas que hagan necesario un cambio de lo anteriormente planeado y doy aquí mi expresa autorización para el tratamiento de las mismas.

1. Por la presente autorizo Al dr.(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_y a los ayudantes que sean seleccionados para realizar el tratamiento de Protégé Intima.
2. He leído, comprendido y firmado las páginas del folleto informativo adjunto: “Consentimiento informado para Protégé Intima”.
3. Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mi historial y antecedentes clínico-quirúrgicos, especialmente los referidos a alergias y enfermedades o riesgos personales.
4. Estoy de acuerdo en que no se me ha dado garantía por parte de nadie en cuanto al resultado que puede ser obtenido.
5. Doy mi consentimiento para el fotografiado o la filmación del tratamiento que se me va a realizar, incluyendo cualquier parte de mi cuerpo, con fines médicos, científicos o educativos, puesto que mi identidad no será revelada en las imágenes.
6. ME HA SIDO EXPLICADO DE FORMA COMPRENSIBLE:
7. EL TRATAMIENTO CITADO ANTERIORMENTE O PROCEDIMIENTO A REALIZAR.
8. LOS PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS O MÉTODOS DE TRATAMIENTO.
9. LOS RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO PROPUESTO.

Usted ha leído y comprendido la información que se ha indicado anteriormente y ha recibido respuestas satisfactorias a todas sus preguntas, firma voluntariamente este formulario de consentimiento. Ha compartido toda su historia médica relevante y niega padecer cualquiera de las enfermedades que se describen que le excluirían de recibir tratamientos con **Exilis Protege Intima.** Voluntariamente firma este formulario de consentimiento.

En consecuencia de lo anterior firman en la ciudad de Barranquilla,

A los \_\_\_\_\_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del 201\_.

**El Paciente** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Médico Tratante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Yo ,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CC: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Autorizo el uso y divulgación de mi información médica, sin revelar mi identidad en material fotográfico.