**CONSENTIMIENTO INFORMADO MICRODERMOINFUSIÓN**

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 microdermoinfusión.El cual me será practicado en las instalaciones de Smadia Clinic.

La Microdermoabrasión consiste en la remoción mecánica y controlada de los estratos más superficiales de la piel (epidermis y/o parte de la dermis), utilizando puntas de diamante que proporcionan una exfoliación suave. A su vez se realiza la penetración en la piel de principios activos como ácido hialurónico, vitamina c, ácido salicílico, según el tipo de piel. Su objetivo es destruir lesiones epidérmicas y estimular la reproducción y normalización de los fibroblastos y la producción de colágeno. Está indicado en: Arrugas superficiales, acné vulgar, hiperpigmentación, fotoenvejecimiento, queratosis actínicas, lentigos solares y seniles, cicatrices superficiales, estrías.

**Está contraindicado en**: hipopigmentación (Vitiligo), estados inflamatorios de la piel como eczema, herpes simple activo, infecciones locales, antecedente de queloide, tratamientos con medicamentos como Isotretinoina, Roaccutane o Tretinoína en los últimos 3-6 meses, Retinoides en las últimas 2 semanas, embarazo, diabetes, bronceado en las últimas 2 semanas. **Los efectos secundarios al procedimiento pueden ser**: quemadura, aparición de costras, enrojecimiento, ardor, edema, hipopigmentación, hiperpigmentación.

Mis dudas respecto al procedimiento fueron resueltas de manera clara y satisfactoria por parte del médico tratante **Sí**\_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_

Me comprometo a seguir las recomendaciones de manera adecuada y cumplida: No exposición solar ni a cámaras bronceadoras 2 semanas antes y después de la sesión. Uso de protector solar, e hidratantes en la zona tratada.

Reconozco que las obligaciones adquiridas por parte del personal son de medios y no de resultados y por lo tanto los resultados del procedimiento no pueden ser garantizado. De igual manera reconozco que, el no seguir las indicaciones dadas, las posibilidades de fracaso son altas, por lo anterior y de no seguir estas indicaciones me hago responsable de las consecuencias.

Yo consiento al tratamiento o procedimiento y toda la información anteriormente citada. Estoy satisfecho con la explicación.

En consecuencia de lo anterior firman en la ciudad de Barranquilla, a los \_\_\_\_\_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del 201\_.

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