**Información y Formulario de Consentimiento para Tratamientos Exilis**

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.

Los tratamientos con **Exilis**, son indicados para reducir la apariencia de la grasa localizada en diferentes áreas del cuerpo y promover el rejuvenecimiento de la piel de rostro y cuerpo. La siguiente información describe los tratamientos y su papel como paciente. Antes de decidir si desea recibir el tratamiento, es necesario conocer el propósito, los posibles riesgos y beneficios, y lo que se espera de usted. Este proceso se conoce como consentimiento informado.

* Su participación en los tratamientos es totalmente voluntaria. Si usted decide realizarse el tratamiento, usted tiene el derecho de interrumpirlo en cualquier momento.
* El objetivo es reducir la apariencia de la grasa localizada y/o rejuvenecimiento de la piel en el área de su preferencia. **Exilis** es un dispositivo aprobado por la FDA en 2009 y registro invima.
* La radiofrecuencia es una forma de energía electromagnética que cuando se aplica al cuerpo genera calor en la piel y la grasa. Usted sentirá una sensación intensa de calor, pero no dolor.
* Los posibles efectos secundarios o los riesgos asociados a la radiofrecuencia incluyen: enrojecimiento, hinchazón, sensibilidad en los tejidos, los nódulos de grasa, hipopigmentación (manchas de color claro en la piel), hiperpigmentación (manchas oscuras en la piel) quemaduras y ampollas.
* Se requiere Fotografía antes y después del tratamiento. Su identidad se oculta en estas fotografías. Estas fotografías se utilizan para evaluar los resultados del tratamiento. También pueden ser utilizados con fines educativos o de marketing o publicaciones profesionales. Si usted no desea que sus fotografías sean utilizadas, debe mencionarlo. Se toman fotografías antes de su primer tratamiento, 1 semana después de su último tratamiento y 1 mes después de su último tratamiento.
* Se toma peso y circunferencia.
* Por favor, mantenga su actual ejercicio y los hábitos alimenticios durante la duración del tratamiento y período de seguimiento o adopte los recomendados por el centro médico tratante.
* Usted recibirá un total de \_\_\_ tratamientos por área administrados una vez a la semana. El tiempo total del tratamiento es de aproximadamente 30 a 40 minutos. Se le pedirá que regrese una semana después, y 1 mes después de finalizar el tratamiento para visita de seguimiento. Se le puede pedir que regrese 3 meses después para visita de seguimiento. Fotos, peso y medidas se tomarán en las visitas de seguimiento.

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.** 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.