

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE MANTAS TÉRMICAS

Ciudad:

Fecha...../...../20.....

Yo....., luego de haberseme explicado en términos claros y sencillos los alcances, características, beneficios y riesgos del tratamiento propuesto autorizo al **Dr./a**....., y a su equipo, a realizar el procedimiento conocido como **APLICACIÓN DE MANTAS TÉRMICAS**.

1. Se me ha explicado que el objetivo de la aplicación de las mantas térmicas es el complementar los tratamientos que requieren de un ambiente de mediana o alta temperatura, ya sea para inducir la sudoración de la piel; potenciar los productos cosmetológicos que la requieren; o para mejorar la eficiencia de las secuencias de cada tratamiento. Las mantas térmicas resultan ser una ayuda en la aplicación de tratamientos con propósito de reducción de masa corporal, de reafirmación de tejidos, o de eliminación de excesos de grasa; tales como masajes reductivos, drenaje linfático, vaporización, vendas de acrílico, vendas egipcias, baños de parafina, cataplasmas de algas, aplicaciones de barro o fango, y muchos otros más.

2. El procedimiento me ha sido totalmente explicado por el profesional, por lo que entiendo la naturaleza y consecuencias del mismo, así como también comprendo que pueden ser necesarias más de una utilización para lograr o mantener los beneficios logrados, pudiendo esto estar relacionado con el tratamiento por el cual se decide su potenciación con la aplicación de la manta térmica.

3. Dejo constancia que fui informado/a que existen otras alternativas al tratamiento propuesto, siendo que para mi caso particular es aconsejable la realización de este procedimiento.

4. Hago saber que se me ha dado la oportunidad de hacer todas aquellas preguntas que consideré pertinentes, todas las cuales me han sido contestadas satisfactoriamente.

5. Asimismo, se me ha explicado y he comprendido que las complicaciones o eventos adversos que pueden originarse en este tipo de intervenciones son las propias a todo procedimiento, así como aquellas relacionadas con el estado vital del paciente. A modo ejemplificativo me mencionaron alguna de las complicaciones que podría presentar: enrojecimiento de la piel, hipertermia, SIRS, etc.

6. Estoy en conocimiento que durante el curso de la aplicación condiciones especiales pueden requerir acciones extras o diferentes a las originariamente previstas; por lo que autorizo al profesional, y/o quien él designe, realice/n los procedimientos o intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional.

7. Soy consciente que la práctica de la Medicina no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el profesional me ha informado adecuadamente del resultado deseado del procedimiento, no me ha sido garantizado la obtención del mismo.

8. Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución del procedimiento realizado cumpliendo fielmente los controles y cuidados que el médico me ha explicado y los que me indique una vez realizado el mismo, como así también tener en cuenta las pautas de alarma explicitadas, todo hasta que posea el alta médica; informando de manera inmediata al profesional sobre cualquier complicación o cambio que apareciera en la evolución normal de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.

9. Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos, ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas por otros profesionales.

10. Manifiesto ser alérgico/a a:

11. Autorizo al profesional interviniente a efectuar la documentación del procedimiento por video tape, fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, siempre que se haga absoluta reserva de mi identidad.

12. He leído y entendido el presente consentimiento, por lo que autorizo al profesional mencionado y a su equipo la realización del procedimiento indicado.

Firma del paciente:

Documento:

Aclaración:

Firma del Médico:

Aclaración/ Sello: