

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO DE CRIOLIÓLIPOLISIS

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 **CRIOLIÓLIPOLISIS**

1. Se me ha explicado que el objetivo de la criolipólisis es destruir las células grasas (adipocitos) en zonas específicas del cuerpo. No está indicado para personas obesas, sino para personas que tienen **grasa localizada**, ya que la grasa que se elimina se hace en pequeñas cantidades y en un periodo de tiempo relativamente largo. Este tratamiento es ideal para personas que les cuesta mucho bajar una zona específica, en el que la grasa localizada no se logra eliminar a pesar del deporte y la dieta. Puede aplicarse en el abdomen, cadera, rodillas y muslos.

2. Este procedimiento es un tratamiento dermatológico no invasivo, en el que se lleva a cabo el descenso de la temperatura en zona del cuerpo específicas bajando su temperatura para que las células grasas se descompongan y sean eliminadas, sin dañar el resto de las células de la piel.

Se me ha explicado que la criolipólisis funciona de forma progresiva en un período de entre 2 y 5 meses. Los primeros cambios se pueden notar tres semanas después del tratamiento, a los dos meses ya se puede ver un cambio importante y durante dos meses posteriores se pueden notar mínimas mejoras adicionales.

3. Dejo constancia que 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 se requiere de más de una sesión para lograr o mantener los beneficios logrados con el tratamiento.

4. Se me ha explicado y he comprendido que existen otras alternativas al tratamiento propuesto para mejorar la apariencia de la piel, siendo que para mi caso particular es aconsejable la realización de este procedimiento.

5. 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.

6. Se me han 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 del área tratada, edema, eritema, prurito, dolor a la presión, hematoma, cambios temporales en la sensibilidad cutánea, asimetrías, etc.

7. Estoy en conocimiento que durante el curso del procedimiento 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.

8. 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.

9. 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.

10. 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.

11. Manifiesto ser alérgico a:

12. 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.

13. He leído y entendido el presente consentimiento, por lo que autorizo la realización del procedimiento indicado.

Firma del paciente:

Documento:

Aclaración:

Firma del Médico:

Aclaración/ Sello: