

ESTETICA CMI

CONSENTIMIENTO INFORMADO para TRATAMIENTO CON THERMAGE® –

Yo,....., mayor de edad

Con cedula de Identidad.....con domicilio en.....,
Teléfono....., Dirección.....

1.- **REQUIERO Y AUTORIZO** al Centro “**Estética CMI**”, para que, con el personal sanitario que se requiera, realice en mi persona, el tratamiento de radiofrecuencia conocido como

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Thermage® Facial completo | <input type="checkbox"/> Thermage® corporal en glúteos |
| <input type="checkbox"/> Thermage® facial inferior | <input type="checkbox"/> Thermage® corporal en piernas |
| <input type="checkbox"/> Thermage® en manos | <input type="checkbox"/> Thermage® para celulitis |
| <input type="checkbox"/> Thermage® corporal en brazos | |

(Favor marcar el tratamiento deseado, seguido por sus iniciales)

En términos generales, el propósito del procedimiento es:

- MEJORAR MI APRIENCIA FISICA,
- REDUCIR LOS SIGNOS DE ENVEJECIMIENTO DE LA PIEL,
- OTORGAR MAYOR TENSIÓN Y FIRMEZA A LOS TEJIDOS
- REDEFINIR EL CONTORNO FACIAL Y CORPORAL

2.- **CONFIRMO** que Centro “**Estética CMI**”, me ha explicado detalladamente, en palabras comprensibles para mi, el efecto y la naturaleza del (los) procedimiento(s) a efectuar, incluyendo los posibles riesgos, otras soluciones alternativas de procedimientos (**cuando existan**), así como las molestias que se pueden sentir, aun teniendo un periodo post-tratamiento normal. Han sido contestadas a mi satisfacción todas las preguntas que, libremente, he formulado acerca de todo el procedimiento.

Se me ha informado que el tratamiento **Thermage® Thermacool®**, todas ellas, marcas registradas, están representadas en el Ecuador por la compañía ROCOL S.A., y que en el procedimiento se utiliza materiales especiales y puntas de aplicación desechables que están incluidos en el precio del tratamiento y son parte fundamental para el éxito.

La Compañía **Thermage®** está situada en California, EU, y es pionera en las aplicaciones de radio frecuencia en la medicina estética. Debido a que sus procedimientos son clínicamente seguros, es la primera compañía que ha obtenido la Aprobación de la FDA de los Estados Unidos de Norte América para procedimientos de tensado de la piel y remodelación del colágeno en rostro y cuerpo en forma no invasiva y sin incapacidad, basados en estudios clínicos científicamente diseñados.

3.- **COMPRENDO** que la Medicina no es una ciencia exacta y que nadie puede garantizar la perfección absoluta, por lo que se me ha informado que los **RIESGOS** y posibles complicaciones incluyen entre otros:

- **Estados temporales de inflamación y cambio de color natural de la piel.**
- **Posibilidad de ampollas en las zonas de tratamiento.**
- **Posibilidad de nódulos o superficies irregulares en las zonas de tratamiento.**
- **Trastornos temporales de la sensibilidad cutánea.**
- **Reacción alérgica a alguno de los medicamentos utilizados.**
- **Insatisfacción con los resultados obtenidos.**

4.- **CONSIENTO** en la utilización de analgésicos y tranquilizantes que me han sido recetados para ser tomados por vía oral, pero en caso de ser insuficientes autorizo al centro a utilizar en ese momento, de ser necesario, un analgésico más potente por vía intramuscular, bajo el criterio del personal autorizado de “Estética CMI”.

5.- El fin del procedimiento que he solicitado tiene como objetivo **MEJORAR MI APRIENCIA** física, al reducir los signos de envejecimiento de la piel, otorgando mayor tensión y firmeza a los tejidos. **COMPRENDO** que los resultados están en relación directamente proporcional a la capacidad de mis tejidos de renovar colágeno, efecto que puede verse disminuido en pieles muy deterioradas o envejecidas o por acción de la edad. En estos casos existe la posibilidad de que el resultado pueda no ser el esperado por mí.

6.- He sido informado de que el efecto es visible inmediatamente luego del procedimiento en un **40 al 60%**, pero que habrá mejoras en los siguientes meses, conforme mi cuerpo siga produciendo colágeno en mi piel.

7.- **CONSIENTO** en ser fotografiado o filmado antes, durante y después del tratamiento, siendo este material, un medio gráfico de diagnóstico y de registro para mi historia clínica, propiedad del centro "Estética CMI", pudiendo ser publicado en revistas y libros científicos, o ser expuestas para propósitos médicos, **NUNCA EN PRENSA DIARIA o REVISTAS COMUNES**, salvo con mi **EXPRESO PERMISO**. Se entiende específicamente que en cualquier uso que se derive **NO** será identificado por el nombre.

8.- **ACEPTO** que el Centro "Estética CMI", retrase o suspenda el procedimiento si lo cree preciso.

9.- **ME COMPROMETO** a seguir fielmente, en la mejor medida de mis posibilidades, las instrucciones impartidas por "Estética CMI" para antes, durante y después de la intervención arriba mencionada.

10.- **DECLARO:**

- No padecer enfermedades del colágeno,**
- **No estar tomando medicación alguna que modera mi estado de inmunidad.**
- **No me encuentro en estado de embarazo.**
- **No poseo implantes metálicos en mi cuerpo. (prótesis de hueso u otros)**
- **No poseo marcapasos cardíaco.**

11.- **DOY FE de no haber omitido o alterado datos al exponer mi historial y antecedentes clínico-quirúrgicos, especialmente los referidos a lo expuesto en el numeral anterior.**

12.- He podido aclarar todas mis dudas acerca de lo anteriormente expuesto y he entendido totalmente este **DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO (Pags. 1,y 2) reafirmandome en todos y cada uno de sus 12 puntos.**

Firme el siguiente consentimiento:

Fecha..... Paciente.....
Nombre, Apellido y Firma

Testigo por "Estética CMI".....
Nombre, Apellido y Firma

Declaro que todos los espacios en blanco del presente documento han sido rellenos antes de que el Paciente o Representante Autorizado y el Testigo firmaran.