

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO

COOLSCULPTING ADVANTAGE

NOMBRE DEL PACIENTE
RUT..... **EDAD**.....
FECHA.....

De acuerdo a lo solicitado por mi **Médico U Odontólogo** tratante declaro estar en conocimiento que debo realizarme el procedimiento de:

.....

Entiendo que Coolsculpting Advantage, es un equipo que se basa en la Criolipólisis, un procedimiento que permite la disminución del tejido adiposo localizado, mediante la aplicación de vacío no invasivo y frío controlado. No es una solución para pérdida de peso y no sustituye a métodos tradicionales como la liposucción.

En los estudios clínicos realizados, se ha demostrado que el procedimiento CoolSculpting Advantage elimina adipocitos de manera natural aunque, como ocurre con la mayoría de los procedimientos, los resultados visibles varían de unas personas a otras.

Lo que puede esperar:

- La presión de succión de un aplicador de vacío puede provocar sensaciones de profunda tirantez, tracción y constricción. Un aplicador de superficie puede provocar sensaciones de presión. Usted puede experimentar escozor intenso, hormigueo, dolor o calambres cuando se inicia el tratamiento. Por lo general, dichas sensaciones desaparecen cuando la zona queda insensibilizada.
- La zona tratada puede verse o sentirse rígida tras la realización del procedimiento, y puede producirse una palidez transitoria (coloración blanquecina temporal de la piel). Usted puede sentir náuseas o mareos cuando su cuerpo se caliente de forma natural y la zona tratada recupere la sensibilidad. Esas son reacciones normales que por lo general remiten en cuestión de minutos.
- En la zona tratada pueden producirse hematomas, hinchazón y sensibilidad, y dicha zona puede verse enrojecida durante algunas horas tras el retiro del aplicador.
- Usted puede experimentar disminución de la sensibilidad en la zona tratada que puede perdurar varias semanas tras el procedimiento. Se han referido asimismo otros cambios, como prurito intenso, hormigueo, entumecimiento, sensibilidad a la palpación, dolor en la zona tratada, calambres fuertes, espasmos musculares, dolor y/o malestar, tras la realización de un procedimiento CoolSculpting Advantage.
- Las experiencias difieren de unos pacientes a otros. Algunos pacientes pueden experimentar un inicio tardío de las reacciones adversas mencionadas. En estos casos se indica la administración del medicamento Gabapentina de 300 mg. En caso que estos persistan, se presente algún efecto secundario inusual o los síntomas empeoren con el tiempo, póngase en contacto con nosotros.
- Usted podría empezar a ver cambios tan solo tres semanas después de la realización del

procedimiento CoolSculpting Advantage; los resultados más apreciables aparecen tras un periodo de uno a tres meses. Su organismo seguirá procesando de manera natural los adipocitos tratados de su cuerpo durante aproximadamente cuatro meses después del procedimiento.

- Se puede requerir mayor número de tratamientos para conseguir el resultado deseado.
- En casos infrecuentes, los pacientes han experimentado síntomas vasovagales durante el tratamiento, y han referido quemaduras por frío, oscurecimiento de la piel, endurecimiento, nódulos aislados o un aumento de tamaño de la zona tratada. La corrección del aumento de tamaño puede requerir una intervención quirúrgica. El tratamiento puede causar la formación de hernias nuevas o agravar las existentes, que pueden requerir tratamiento quirúrgico. Entiendo que se pueden producir estos y también otros efectos secundarios desconocidos.

Son contraindicaciones y por ende, deben ser excluidos del tratamiento, pacientes con alguna condición inducida por frío (Crioglobulinemia, Urticaria por Frío, Hemoglobinuria Paroxística), así como portadores de marcapaso, desfibrilador, mujeres en embarazo o sospecha del mismo, período de lactancia (6 meses post parto), Hernias umbilicales, epilepsia, pacientes oncológicos con tratamiento en curso, infecciones o heridas de la piel, herpes en la zona a tratar y estados febriles.

Se me explicó que debo permanecer sentado(a)/ reclinado(a) o acostado(a), lo más quieto(a) posible durante el tiempo que dure el procedimiento, para evitar el desprendimiento del aplicador y la consecuente pérdida del ciclo y abono del mismo.

Entiendo que existe la posibilidad de efectos leves y a corto plazo naturales, como enrojecimiento, hinchazón, hormigueo o sensibilidad al tacto, además de la posibilidad de efectos secundarios poco frecuentes como hematomas, dolor, entre otros. Se me han explicado estos efectos por completo.

Entiendo que el tratamiento con Coolsculpting Advantage implica una serie de sesiones y que se me han explicado las tarifas por completo.

Certifico que he sido plenamente informado de la naturaleza y la finalidad del procedimiento, los resultados esperados y las posibles complicaciones, y entiendo que no puede darse ninguna garantía hasta obtenerse el resultado final. Soy plenamente consciente de que mi afección es de interés estético y que la decisión de seguir adelante se basa únicamente en mi deseo expreso de hacerlo.

Confirmando que he informado al personal sobre cualquier afección, enfermedad o medicación actual o pasada.

Consiento que me hagan fotografías antes, durante y después del tratamiento y autorizo su uso anónimo con fines de formación, revistas científicas y promoción médica o educativa.

Certifico que se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y que he leído y entendido completamente los contenidos de este formulario de consentimiento.

“Se me ha explicado en qué consiste el procedimiento con Coolsculpting Advantage, entiendo que así como puedo obtener beneficios al someterme a este tratamiento, también pueden existir riesgos asociados al mismo.

Confirmando no padecer alguna de las patologías que se me ha señalado anteriormente y que son criterio de exclusión al tratamiento, o estar cursando un embarazo o en busca del mismo.

Mis preguntas respecto al tratamiento, sus alternativas, complicaciones y riesgos han sido contestadas por el tratante y/o algún integrante de su equipo”.

“He leído y entiendo este consentimiento, y solicito que el procedimiento me sea aplicado”

FIRMA DEL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____

Entiendo que este CONSENTIMIENTO puede ser revocado, por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento, aunque ya exista firma de autorización al procedimiento, por lo cual actuó bajo mi derecho de desistir.

REVOCAION:

Sr.(a): _____

Rut: _____

Fecha: _____

NOMBRE DEL PADRE / MADRE / CÓNYUGE / TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL QUE DA EL PRESENTE CONSENTIMIENTO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD O INHABILITADOS LEGALMENTE.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE: _____

RUT DEL REPRESENTANTE: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE: _____

FIRMADO EN SANTIAGO, A LOS _____ DIAS DEL MES DE _____ AÑO _____