

CONSENTIMIENTO INFORMADO COOLTECH

En _____ a ____ de ____ de ____ Nombre del paciente _____
Fecha de nacimiento _____ Domicilio _____
Ciudad _____ Teléfonos _____
Cedula _____

ZONAS A TRATAR: _____

Declaro: Que por el presente documento requiero y autorizo al Doctor / Técnico especialista _____ que realice en mi persona, el tratamiento conocido como Cooltech®.

El procedimiento Cooltech® es un tratamiento de medicina estética aplicado en forma externa sobre el tejido graso, no invasivo, que utiliza un sistema de aplicación de frío controlado acompañado de la succión de la zona de tratamiento, durante un tiempo entre 45 y 70 minutos. De esta manera, el tejido graso, que presenta una alta susceptibilidad al efecto del frío, queda dañado de forma definitiva para posteriormente ser eliminado del cuerpo de una manera natural y progresiva (vía linfática), en un proceso que se inicia a los 15 días y puede durar hasta 90 días.

El resultado de este proceso es una reducción del tejido adiposo de una manera focalizada en la zona tratada. Los pacientes que deben ser excluidos para someterse al procedimiento Cooltech® son aquellos que presentan una contraindicación tal como:

• Intolerancia a la crioterapia. • Enfermedad de Raynaud. • Urticaria por frío intenso. • Crioglobulinemia. • Hipoproteinemia fibra de frío. • Cuagulopatía, sangrado excesivo (hemorragias), hematomas. • Uso de medicamentos anticoagulantes. • Estado de embarazo o lactancia. • Trastornos hepáticos. • Estados febriles. • Proceso infeccioso agudo. • Hernia. • HIV • Uso de medicación inmunosupresora (tratamientos prolongados con esteroides). • Historia de trombosis venosa profunda en el área de tratamiento o actual, varices, flebitis, tromboflebitis. • Pacientes post-quirúrgicos o cirugías recientes en el área a tratar (por lo menos 6 meses desde el procedimiento). • HIV	• Lesiones cutáneas activas, dermatitis, psoriasis activa, herida abiertas, infecciones o piel extremadamente sensible, o frágil en la zona a tratar. • Enfermedades crónicas con afección funcional de órganos (insuficiencia renal, cardíaca, hepática, etc). • Procesos infecciosos crónicos con morbilidad asociada (VIH, VHC, etc.). • Enfermedades sistémicas con afección cutánea: lupus eritematoso sistémico, dermatomiositis, esclerodermia. • Síndrome de Sjogren (dermatológicas, reumatológicas). • Neuropatías periféricas de origen humanitario, por desórdenes metabólicos endocrinos, infecciosas, tóxicas. • Patología maligna activa o reciente (cáncer), uso de drogas anticancerosas. • Lesiones precancerosas/ neoplasias o sospechas en el área de tratamiento. • Todo procedimiento de relleno sintético (ej.: silicón) en el área de tratamiento o colindante.
--	---

Las sustancias y equipos empleados han sido autorizados para el uso en medicina estética y cuentan con la marca CE.

Riesgos inherentes al paciente y a sus circunstancias personales: Confirmando que el tratamiento mencionado, me ha sido explicado a fondo en palabras comprensibles para mí, los riesgos típicos que

tiene, los efectos no deseados, los riesgos característicos a mi persona, así como las molestias o, en ocasiones, dolores que puedo sentir teniendo un post tratamiento normal.

Se me han explicado, igualmente otras opciones existentes que están disponibles en el mercado, con pros y contras de cada una de ellas. Teniendo esto en cuenta he escogido libremente el tratamiento anteriormente descrito.

Acepto que puedan ocurrir los **riesgos y complicaciones** descritos por la ciencia médica como inherentes a este tratamiento. Entre otros principales riesgos, me han sido explicados son los siguientes:

☐ Eritema (enrojecimiento) de la zona tratada que puede durar de minutos a pocas horas (muy habitual).

☐ Hematomas localizados ocasionales asociados al proceso de succión.

☐ Parestesias y disestesias (alteraciones en la sensibilidad cutánea) en la zona tratada, que puede durar hasta 8 semanas (muy habitual).

☐ Sensación asteniforme (cansancio), con posibilidad de estado febril de duración menor a 24 horas.

☐ Dolor durante el procedimiento, principalmente los primeros 10 minutos del tratamiento, de poca intensidad (muy habitual).

☐ Molestias posteriores en la zona tratada de unos 7 a 10 días de duración, acompañado de posible inflamación, pero no limitante para la actividad diaria.

☐ De forma excepcional; posibilidad de desmayo, lesión superficial asociada al efecto de congelación.

Comprendo que el fin del tratamiento es mejorar mi apariencia existiendo la posibilidad de que alguna imperfección persista y que el resultado pueda no ser el esperado por mí. Sé que la medicina no es una ciencia exacta y que nadie puede garantizar la perfección absoluta. Comprendo que el resultado pueda no ser el esperado por mí y reconozco que no se me ha dado, en absoluto, tal garantía.

Se me ha informado que el número de sesiones que es necesario para conseguir el efecto deseado se me ha comunicado de forma orientativa, siendo imposible de antemano conocer el número de sesiones que son necesarias, por la diferente forma de reacción de cada paciente.

Me comprometo a seguir fielmente, en lo mejor de mis posibilidades, las instrucciones del médico para antes, durante y después del tratamiento antes mencionado. Quedando bajo mi responsabilidad el cumplimiento de las medidas recomendadas por el Centro.

Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mi historial y antecedentes clínico quirúrgicos, especialmente los referidos a alergias y enfermedades o riesgos personales. Autorizo a que se me practiquen fotografías de la zona tratada que puedan ser utilizadas con fines científicos, docentes o médicos, quedando entendido que su uso no constituya ninguna violación a la intimidad o confidencialidad, a las que tengo derecho.

Me consta que mis datos van a ser tratados de forma automatizada, lo cual autorizo habiéndome sido explicados mis derechos de conformidad con la vigente Ley Oficial de Protección de Datos (LOPD). Se me ha informado, igualmente, de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento.

He podido aclarar mis dudas acerca de lo anteriormente expuesto y he entendido totalmente este documento de **consentimiento** en todos y cada uno de sus puntos y con la firma del documento ratifico y consiento que el tratamiento se realice.

Doctor

Firma del paciente