



# CONSENTIMIENTO INFORMADO TRATAMIENTO CON MICROAGUJAS (NANOPORE STYLUS 2)



*Rote la pantalla del dispositivo  
para leer cómodamente*

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO CON MICROAGUJAS (NANOPORE STYLUS 2)

Yo, en nombre del paciente identificado como aparece en el encabezado de la versión digital de este documento para firma electrónica, declaro que el doctor(a) de quien recibo la atención de mi actual condición estética y/o de salud y cuyo nombre aparece al final de este documento me ha explicado que me debe realizar un procedimiento denominado **TRATAMIENTO CON MICROAGUJAS (NANOPORE STYLUS 2)**, con el propósito de generar la estimulación de producción de colágeno en la piel, abrir canales en la piel que permiten que penetren mejor los tratamientos, disminuir el tamaño de las cicatrices ocasionadas por el acné, estrías y arrugas finas y/o activar e inducir los factores que favorecen el crecimiento del pelo. Estos propósitos varían de acuerdo a la intención del tratamiento. El tratamiento se hace mediante un dispositivo en forma de lápiz, cuya punta tiene unas agujas muy pequeñas que generan microcanales en la piel o el cuero cabelludo para lograr estímulo en el área tratada.

Se me ha explicado que, aunque la Clínica se ciñe a estándares y protocolos de buenas prácticas clínicas y seguras, propios del procedimiento, existen riesgos de muy baja frecuencia, mencionados a continuación:

- Sangrado.
- Infección.
- Inflamación.

- Equimosis (morados).
- Hematomas (colecciones de sangre).
- Eritema (enrojecimiento).
- Cambios en la pigmentación de la piel no deseados (manchas blancas u oscuras), cicatriz poco estética.
- Lesión de estructuras nerviosas y vasculares.
- Reactivación del herpes.
- Alergia a los productos empleados.
- No obtención de resultados esperados o resultados parciales.
- En casos extremadamente raros estos eventos, principalmente la reacción alérgica y la infección, pueden progresar y convertirse en una condición que requiera hospitalización, otras terapias médicas, reanimación y muerte.

**También se me ha explicado que debo tener cuidados bajo mi responsabilidad para que el tratamiento tenga mejores resultados, estos cuidados son:**

- Evitar la exposición solar.
- Mantener una higiene adecuada de la zona intervenida.
- Evitar zonas húmedas (turcos, piscinas, saunas etc.).
- Evitar exposición a fuentes de calor.

- No usar maquillaje hasta 24 horas después del procedimiento.
- Cumplir con la fórmula y citas de revisión asignadas por el especialista.

Entiendo que mi problema es únicamente de tipo cosmético y que el tratamiento mencionado se llevará a cabo porque así lo deseo.

Me han explicado que tengo total autonomía para **REVOCAR** la decisión de somenterme a este procedimiento.

Me han explicado que en caso de cualquier duda podré comunicarme telefónicamente con la Institución para pedir asesoría y en este caso un profesional de la salud me devolverá la llamada aclarando mis dudas.

Soy consciente de que en caso de omitir o distorsionar información sobre mis antecedentes médicos como alergias y medicamentos que tomo puedo poner en riesgo mi vida durante la realización del procedimiento y asumo las consecuencias de toda información falsa u omitida al respecto.

Declaro que he leído y he entendido este consentimiento, se me han aclarado las dudas e interrogantes que he formulado acerca de la naturaleza y propósito de este tratamiento, de los medicamentos, dispositivos, cosméticos e insumos involucrados, beneficios, complicaciones efectos secundarios, riesgos previsibles y consecuencias, y habiendo dado mi consentimiento informado, acuerdo por la presente liberar al dr(a) de alguna responsabilidad con respecto al permiso para este procedimiento y a los riesgos

y resultados desfavorables inmediatos o tardíos de imposible o difícil previsión para dicho tratamiento.

Adicionalmente entiendo que los procedimientos médicos (incluyendo la medicina estética) se basan en la evaluación de medios y no de resultados finales, ya que son muchos los factores que participan de manera directa e indirecta en el resultado final.

Sé que el dr(a) hará todo lo posible para realizar el procedimiento con la mejor técnica disponible, siguiendo los protocolos debidos para dicho procedimiento, buscando, más no garantizando un resultado satisfactorio; ya que la satisfacción es algo muy subjetivo; por ende, no se contempla en ningún caso la devolución de dinero en caso de inconformidad.

Autorizo bajo mi total responsabilidad, para que el/la profesional tome fotografías de las partes de mi cuerpo que requiera para control pre y post del procedimiento a realizar, las cuales serán usadas con fines científicos, reservando mi identidad; estas fotos harán parte del archivo fotográfico de Aurora Centro Especializado en Cáncer de Piel.

Por tanto, en pleno uso de mi capacidad y de forma voluntaria, asumo las consecuencias de mi decisión sobre la realización del procedimiento. Queda entendido que yo asumo a mi propio riesgo la(s) complicación(es) que se pudieran generar de mi decisión y por lo tanto exonero al médico tratante y la Institución de la responsabilidad que acarrea la aparición del(los) riesgo(s) y/o consecuencia(s) previsto(s).

## OBSERVACIONES

1. Cuando el paciente no tenga capacidad legal o mental para otorgar el consentimiento, las manifestaciones de lo contenido en el presente documento se entienden hechas por la persona responsable que lo representa.
2. El presente documento se encuentra en una plataforma digital para su firma electrónica. Al paciente o tutor legalmente constituido se le entrega este texto para que lo lea previamente al procedimiento y el día de la cirugía o unos días antes lo debe firmar mediante mecanismo electrónico.
3. La ausencia de firma implícitamente interpreta como disenso a realizarse el procedimiento descrito en este documento, por tanto es obligatorio firmarlo si el paciente efectivamente acepta los riesgos y condiciones mencionados para poder hacer el procedimiento.
4. El personal de la Clínica le dará indicaciones sobre cómo realizar el registro de firma electrónica mediante dispositivo y softwares diseñados para tal fin.

**CONECTÉMONOS**  
*Clic en el ícono*





Cuidamos el planeta a través de pequeñas cosas:  
no imprimimos documentos sin ser necesario.

**PBX:** (604) 444 3527 Ext. 121

**Procedimientos o cirugías:** 315 361 6676

**Retiro de puntos:** 316 442 5515

**Programación consulta:** 305 291 2287 - 323 225 2247

Cra. 46 #7-12 y Calle 7 #45-29

Patio Bonito – Poblado, Medellín, Colombia

[info@clinicaaurora.co](mailto:info@clinicaaurora.co) - [programacioncirugia@clinicaaurora.co](mailto:programacioncirugia@clinicaaurora.co)

[www.clinicaaurora.com.co](http://www.clinicaaurora.com.co) / [virtual.clinicaaurora.com.co](http://virtual.clinicaaurora.com.co)