

# CONSENTIMIENTO INFORMADO PROGRAMA SUBZERO

Paciente:

Tratamiento:

---

La criolipólisis es un tratamiento no invasivo que consiste en enfriar la grasa subcutánea a una temperatura de entre -5 y -15 grados centígrados. La criolipólisis se aplica sobre la superficie de la piel, protegida por una membrana anticongelante.

Actúa sobre la reducción de la grasa corporal mediante congelación controlada, capaz de destruir las células grasas y eliminar las grasas que se encuentran en su interior.

El tiempo necesario para su tratamiento dependerá de varios factores relacionados con el grosor y volumen del tejido adiposo, así como la cantidad de grasa localizada en zonas como abdomen superior e inferior, espalda, flancos. Al inicio de la sesión, el paciente puede sentir ligeras molestias relacionadas con el frío. Después de eso, comenzará la congelación de grasa, como se informó anteriormente.

## De los resultados:

La elaboración del plan de tratamiento depende y varía según los objetivos y características individuales de cada paciente.

Para un resultado más efectivo es necesario que el paciente asista a las sesiones en los días programados, siga las pautas transmitidas por el profesional que lo atendió, entre ellas: ingerir al menos 2 litros de agua por día, realizar ejercicios físicos regulares, comiendo equilibrado y saludable.

El paciente también es consciente de que cada tratamiento es único y los resultados varían de un paciente a otro, y para su eficacia se deben seguir todas las pautas.

Reacciones, contraindicaciones y precauciones posteriores al procedimiento:

- Pueden producirse molestias leves o moderadas al comienzo del procedimiento y después, y pueden persistir hasta una semana después del procedimiento; disminución de la sensibilidad de la piel (entumecimiento local transitorio) debido al enfriamiento; edema local transitorio; hematomas temporales, que desaparecerán en dos semanas;
- Inmediatamente después del tratamiento con criolipólisis, puede producirse enrojecimiento, hinchazón, malestar, ardor y decoloración. Cualquier decoloración puede durar de 7 a 14 días y la hinchazón puede resolverse en unos pocos días de forma natural;
- La exposición al sol antes, durante e inmediatamente después del tratamiento puede provocar complicaciones como manchas;
- Quemaduras de primer grado (enrojecimiento, dolor, edema) o quemaduras de segundo grado (con ampollas);

# CONSENTIMIENTO INFORMADO PROTOCOLO SUBZERO

---

- Hiperplasia adiposa paradójica: crecimiento de tejido graso en el lugar del tratamiento después de aproximadamente dos a seis meses. Es raro, pero puede ocurrir, especialmente en hombres.
- La hiperpigmentación posinflamatoria ocurre cuando la curación de una lesión o traumatismo en la piel da como resultado la aparición de un área plana y descolorida. Es raro, pero puede ocurrir en pacientes que son muy sensibles y tienen más probabilidades de tener manchas.
- Considerando que el número de aplicaciones varía de paciente a paciente de forma individual, entiendo y acepto que el pago por cada tratamiento o serie de tratamientos debe realizarse independientemente del resultado
- Si es paciente mujer: Le aseguro que no estoy embarazada en este momento, y acepto que, si quedo embarazada durante el tratamiento, informaré inmediatamente a la clínica, la cual podrá suspender el tratamiento durante todo el embarazo.
- Cualquier interurrencia que pueda ocurrir después de la aplicación de Criolipólisis, deberá ser notificada a la clínica y regresaré de inmediato para evaluación y apoyo especializado
- Los efectos secundarios pueden incluir enrojecimiento, hinchazón, sensibilidad, hormigueo y entumecimiento. En casos de reacciones no mencionadas, náuseas o dolor, contactar inmediatamente al profesional;
- Dentro de las 24 horas posteriores al tratamiento, el paciente no debe utilizar ninguna crema, cosmético ni realizar otros tratamientos estéticos en la zona intervenida
- Declaro que no tengo ninguna enfermedad como lupus, Síndrome de Raynaud, urticaria por frío, alergias, enfermedades cardíacas, portador de marcapasos, tumor, patología renal grave, patología vascular, crioglobulinemia, hemoglobinuria paroxística por frío, enfermedades isquémicas, presencia de cicatriz queloide o infección en la zona a tratar, desfibrilador interno, uso de anticoagulantes sistémicos, trombosis venosa profunda actual, cáncer activo, uso de medicamentos o enfermedades fotosensibilizantes, entre otros no especificados aquí.

Si el paciente presenta alguna patología, alergia u otras situaciones no reportadas anteriormente, por favor indique en el campo a continuación:

---

---

# CONSENTIMIENTO INFORMADO PROTOCOLO SUBZERO

---

## Registros, Uso de Imágenes y Consentimiento General:

Autorizo el registro de mis medidas corporales, fotos de antes y después de los procedimientos, ya que entiendo que esto representa una fuente de esclarecimiento de los resultados alcanzados, tanto para el profesional como para mí. Las fotos se podrán enviar al cliente vía email o WhatsApp al finalizar el tratamiento, y también quedarán archivadas en su historia clínica. Con el fin de preservar mi identidad, ( )SI ( )NO autorizo a exponer mis resultados de manera oportuna y profesional.

Además, entiendo todos los riesgos del tratamiento y acepto los costos y responsabilidades que involucran y que me fueron presentados previamente, así como las respectivas reacciones adversas y los cuidados post-tratamiento que debo adoptar, bajo pena de ser responsable. para posibles variaciones, y que el resultado esperado puede variar en caso de incumplimiento de dichas precauciones, así como por factores individuales como historial médico y tipo de piel y también por las respuestas individuales de cada uno.

Entiendo que el tratamiento completo tiene un tiempo preparatorio antes el procedimiento, 1 sesión que puede durar de 1 a 3 días y que las indicaciones post procedimiento y sus resultados pueden durar hasta 90 días, además me comprometo que en todo el proceso no puedo aumentar de peso, el cual, quedará registrado en la evaluación inicial, siguiendo las recomendaciones de hábitos saludables.

Finalmente, tuve la oportunidad de aclarar mis dudas sobre el procedimiento al que me someteré voluntariamente, habiendo leído, comprendido y consentido la información contenida en este documento antes de firmarlo. Por lo tanto, no habiendo ninguna duda, autorizo la realización de los trámites propuestos en este término.

Por lo tanto, yo \_\_\_\_\_,

cédula de identidad: \_\_\_\_\_, autorizo al profesional del establecimiento MedCenter Bosques, realicé el tratamiento con Criolipólisis en las zonas de mi cuerpo, que fueron previamente ajustadas y descritas en mi expediente médico.

---