ESTETIK-SOFF

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TRATAMIENTOS ESTÉTICOS

Definición de Consentimiento Informado: Es la autorización que el paciente confiere al profesional para la realización de procedimientos estéticos, previa información oportuna, clara y precisa de lo que se le va a realizar.

Fecha: ____ / ____ / 202___ **Hora:**_____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: _____ **Edad:** _____

Documento: CC ( ) TI ( ) Pasaporte ( ) Otro ( ) **No.** _____

Profesión/Ocupación: _____

¿Autoriza envío de información/resultados por correo electrónico? SI ( ) NO ( )

Correo electrónico: _____

OBJETO Y DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

Nuestra empresa se dedica a la prestación de servicios de estética integral y bienestar, ofreciendo tratamientos orientados al cuidado cutáneo y mejora de la apariencia física mediante técnicas especializadas.

Yo, _____, identificado(a) como aparece al pie de mi firma, por voluntad propia decido tomar los servicios estéticos de:

_____

_____

_____

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA EL PROCEDIMIENTO

Manifiesto que el profesional me ha explicado el procedimiento mediante valoración y charla informativa, donde se me informó con total transparencia y sinceridad acerca de mi condición de salud actual. He tenido la oportunidad de aclarar todas mis dudas y las respuestas han sido satisfactorias.

Autorización para uso de datos: Autorizo el tratamiento de mis datos personales y de salud para fines asistenciales y de seguimiento, conforme a las disposiciones legales de protección de datos (Ley 1581 de 2012). **SI ( ) NO ( )**

VALORACIÓN TÉCNICA

RIESGOS Y CONTRAINDICACIONES:

_____
_____
_____
_____

PATOLOGÍAS ADVERTIDAS: He sido advertido(a) de que, en caso de padecer enfermedades cardíacas, autoinmunes, procesos infecciosos o embarazo, debo abstenerme de realizar el tratamiento.

_____
_____
_____
_____

RESPONSABILIDAD Y CUIDADOS POST-TRATAMIENTO

Se me han indicado los siguientes cuidados para evitar consecuencias negativas:

_____
_____
_____
_____
_____

Exoneración de responsabilidad: El paciente asume la responsabilidad frente al tratamiento y seguimiento de recomendaciones. El incumplimiento de las mismas o la omisión de información verídica exime al profesional o la empresa de posibles demandas o reclamaciones.

DE CONFORMIDAD CON LO ANTERIOR FIRMO EL SIGUIENTE DOCUMENTO:

Declaro que toda la información suministrada es verídica y que, bajo mis facultades mentales, autorizó al profesional a realizar el tratamiento.

_____	_____
FIRMA PACIENTE	FIRMA PROFESIONAL
DOCUMENTO	DOCUMENTO
No.	No.

CONSENTIMIENTO PREVIO PARA MENOR DE EDAD

Yo, _____, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. _____, en calidad de padre, madre o acudiente, autorizo de manera libre y voluntaria la realización del procedimiento estético al menor:

Nombre del menor: _____

Edad: _____

Declaró que el profesional me ha explicado de forma clara y comprensible en qué consiste el procedimiento, sus beneficios, posibles riesgos, contraindicaciones y cuidados posteriores.

Confirmo que he tenido la oportunidad de realizar preguntas y que todas han sido resueltas satisfactoriamente. Así mismo, manifiesto que he informado de manera verídica el estado de salud del menor.

Entiendo que los resultados pueden variar según las condiciones del menor y el cumplimiento de las recomendaciones indicadas.

Autorizo la realización del procedimiento en este momento bajo mi responsabilidad como acudiente.

FIRMA ACUDIENTE: _____

NOMBRE COMPLETO: _____

DOCUMENTO: _____

FIRMA DEL MENOR (si aplica): _____