

Yo [PACIENTE], en pleno uso de mis facultades mentales y **en mi calidad de paciente**[BR]

DECLARO EN FORMA LIBRE Y VOLUNTARIA LO SIGUIENTE: [BR]

1. En base a mi derecho inalienable de elegir a mi unidad médica tratante, **acepto ser tratado en Bariatric Medic ® - Salud Metabólica & Bariátria Clínica** quien el responsable sanitario es el Dr. Erik Benjamín Vázquez Cuellar, con cedula profesional **9361149**, de igual manera acepto ser tratado por los médicos que laboren dentro de la unidad, quienes está debidamente capacitados para ejercer este tratamiento, y que los acepto de manera voluntaria, a quien se incluye a **[DOCTOR]**, con cedula profesional **[CEDULA]**, quien me explico el presente documento. [BR]
2. Entiendo que mi **DIAGNÓSTICO** es: [BR]
[DIAGNOSTICO] [BR]
3. Que acepto el **TRATAMIENTO ELECTIVO** denominado: [BR]

SESIONES DE APARATOLOGÍA CORPORAL[BR]

4. Me ha explicado que las **contraindicaciones** de estos procedimientos son: embarazo, implantes metálicos en el cuerpo (prótesis de hueso u otros), insuficiencia cardiaca, uso de marcapasos u otros dispositivos eléctricos corporales, trombosis, tromboflebitis o hemorragias activas, patologías vasculares activas, alteraciones circulatorias arteriales, uso de anticoagulantes, diabetes, lesiones o estados inflamatorios del tímpano (timpanoplastia), dermatitis, infecciones cutáneas o cualquier enfermedad de la piel, epilepsia, hernia abdominal, problemas de hígado, insuficiencia renal o hepática, litiasis renal, enfermedad de Rynaud, urticaria al frío, crioglobulinemia, hipoproteinemia, tratamientos oncológicos, cirugía reciente, osteoporosis, osteopenia, por lo que **DOY FE** de no haber omitido o alterado datos al exponer mi historia clínica y antecedentes clínico-quirúrgicos, especialmente los referidos a los expuestos en este numeral. [BR]
5. Me ha explicado el mecanismo de acción de cada uno de los equipos que podrían integrar las sesiones entre los que se incluye el uso de lipolaser, ultracavitación, radiofrecuencia, cepillo galvánico, martillo frio, presoterapia, electroestimulación magnética corporal, electroporación, ultrasonido terapéutico, equipo para diatermia RF, equipo de criolipólisis, equipo de tonificación muscular electromagnética y equipo para lipsosonix HIFU, por lo que **ACEPTO** que he sido debidamente asesorado y orientado y me han sido contestadas a satisfacción todas las preguntas que ha formulado acerca de todos y cada uno de los procedimientos. **CONFIRMO** que se me han explicado detalladamente, en palabras entendibles y sencillas, el efecto y la naturaleza de los procedimientos que se me practicaran; así como sus mecanismos de aplicación, de acción, efectos secundarios, contraindicaciones o posibles riesgos o complicaciones y las molestias que se pueden sentir y que se me han detallado. [BR]

6. Asimismo, **RECONOZCO, ACEPTO Y DECLARO** expresamente que **COMPRENDO** que los procedimientos de aparatología aun carecen de estudios científicos que demuestren su efectividad y eficacia, por lo que entiendo y acepto que no se pueden garantizar los resultados a esperar. Comprendo que los resultados pueden variar de acuerdo con mis características individuales y hábitos personales, y que **no existe garantía de resultados estéticos específicos.** [BR]
7. He sido informado de los **RIESGOS** que puede haber durante el uso del servicio de **SESIONES DE APARATOLOGÍA CORPORAL** y comprendo que a pesar de la elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse **EFFECTOS SECUNDARIOS Y ADVERSOS**. Y que, aunque poco probables, son posibles, y pueden ser desde **leves hasta severos**, tales como: [BR]
 - Dolor de la zona tratada, dermatitis, eritema, edema, hematomas, parálisis, calambres, parestesias, quemaduras, púrpura, cicatrices hipertróficas o queloides, hiper o hipopigmentación en la zona tratada, equimosis, alteraciones electrocardiográficas, descalcificación ósea, pancreatitis, lesión hepática o renal y trombosis venosa.
 - Estados temporales de inflamación y cambio de color natural de la piel.
 - Posibilidad de ampollas en las zonas de tratamiento.
 - Posibilidad de nódulos o superficie irregular en las zonas de tratamiento.
 - Trastornos temporales de la sensibilidad cutánea.
 - Reacción alérgica a algunos de los productos utilizados.
 - Insatisfacción con los resultados obtenidos. [BR]
8. El **BENEFICIO** que obtendré con este procedimiento es para intentar mejorar mi estado de salud y mi imagen personal. [BR]

Entiendo también que todo acto médico implica una serie de **RIESGOS descritos en la literatura médica y en los ensayos clínicos**, que pueden deberse a mi estado de salud, alteraciones congénitas o anatómicas que padezca, mis antecedentes de enfermedades, tratamientos actuales y previos o al tratamiento al que he decidido someterme. Se me ha informado que al presentarse eventos adversos durante el tratamiento que pongan en riesgo mi vida o daño de algún órgano que pueda derivar en alguna incapacidad, el médico podrá modificar el tratamiento o realizar otros procedimientos con el objetivo de preservar mi vida y limitar los daños.

(NOM 004 10.1.4 En los casos de urgencia, se estará a lo previsto en el artículo 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica). [BR]

9. El médico tratante me ha explicado sobre otras **ALTERNATIVAS terapéuticas** que existen tales como: [BR]
 - Procedimientos quirúrgicos bariátricos. [BR]
 - Otros tratamientos farmacológicos. [BR]
 - Dieta hipocalórica y actividad física diaria.
10. Y me ha explicado las siguientes ventajas: [BR]

La aparatología corporal tiene una variedad de ventajas, ya que existen diferentes equipos diseñados

en pro de estimular mediante sus diferentes técnicas la liberación de la grasa de los adipocitos del tejido graso corporal para después mediante la estimulación del drenaje linfático enviarla a la circulación para su posterior metabolismo. Estas ventajas van desde la reducción de grasa y el moldeado del cuerpo al reducir medidas antropométricas, hasta la pérdida de peso en algunos casos. [BR]

El mayor beneficio de la aparatología corporal es que los procesos son seguros, rápidos, efectivos e indoloros. Tampoco son invasivos y de carácter ambulatorio, es decir, el paciente se va por su propio pie el mismo día del tratamiento, lo que evita pasar por el quirófano y lo que ello conlleva. [BR]

Además, los tratamientos que se hacen con estos aparatos son muy útiles para reducir la celulitis, trabajar problemas de grasa localizada, estimular la creación de colágeno, prevenir problemas dérmicos y mejorar procesos biológicos. [BR]

11. Por las que ha elegido este tratamiento entre todas las opciones que me han brindado. Me explico el médico tratante claramente, que es de carácter electivo y he entendido los posibles riesgos y complicaciones de este tratamiento. [BR]
12. Se me ha informado que, de no existir este documento en mi expediente, no se podrá llevar a cabo el tratamiento planeado. [BR]
13. **DECLARO** que he sido informado respecto a este procedimiento: qué es, cómo se realiza, para qué sirve, los riesgos existentes, posibles molestias o complicaciones y alternativas al procedimiento y que conozco y, por consiguiente, asumo los riesgos y secuelas que pudieran derivarse o producirse. Que he leído con detenimiento este documento y que su contenido es perfectamente comprensible para mí ya que las explicaciones se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido, me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. He podido formular todas las preguntas que he creído conveniente, me ha aclarado todas las dudas planteadas y el significado de los términos médicos que recoge. Estoy enterado, que tanto el médico como el resto del personal sanitario, me prestará todos los cuidados con los medios que tengan a su alcance, sin que pueda garantizarme el éxito del procedimiento. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y asumo los riesgos del tratamiento. [BR]
14. En virtud de estar aclaradas todas mis dudas, **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que en mi persona o representado, pueda realizar el procedimiento con los riesgos inherentes y autorizo al Médico para que, de acuerdo a su criterio, cambie el tratamiento intentando con ello resolver cualquier situación que se presente durante tiempo que lleve dicho servicio de sesiones de aparatología corporal o de acuerdo a mis condiciones físicas y / o emocionales. [BR]
15. **CONFIDENCIALIDAD Y USO DE DATOS PERSONALES:**
Autorizo el uso de mis datos personales y de salud únicamente para fines relacionados con la atención médica, control de calidad y seguimiento del tratamiento, garantizando su confidencialidad conforme a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares.
Entiendo que puedo solicitar en cualquier momento el acceso, corrección o eliminación de mis datos personales conforme a la legislación vigente. [BR]