

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS ESTÉTICOS

Por medio del presente documento, manifiesto de manera clara, consciente, libre, espontánea y en pleno uso de mis facultades mentales, que autorizo al profesional de la salud Dra Kelly López Salcedo, para que me sea realizado el procedimiento denominado:

Aplicación de toxina botulínica tipo A (Botox).

Bioestimulación con Dermapen (aplicación de exosomas).

Labios.

Ácido hialurónico facial.

Aplicación de péptidos.

MANIFESTACIONES DEL PACIENTE

Manifiesto que me ha sido explicado detalladamente en palabras comprensibles:

- La naturaleza del procedimiento, su finalidad estética y su mecanismo de acción.
- Que consiste en la aplicación de toxina botulínica tipo A en zonas específicas para disminuir temporalmente la actividad muscular responsable de líneas de expresión.
- Los beneficios esperados, consistentes en la mejoría estética de arrugas dinámicas, con resultados temporales entre **3 a 6 meses**, variables según condiciones individuales.

Asimismo, declaro que se me informó sobre:

- **Riesgos y posibles complicaciones**, incluyendo pero no limitados a: dolor, inflamación, hematomas, asimetrías, ptosis, cefalea, falta de respuesta, difusión del producto y reacciones adversas.

- Las **contraindicaciones e incapacidades**, si las hubiere.
- Los cuidados pre y post procedimiento.
- Las alternativas existentes, incluyendo otros tratamientos o la no realización del procedimiento.

DECLARACIONES ESPECIALES

Comprendo que los procedimientos estéticos **no son una ciencia exacta** y que no se puede garantizar un resultado específico, por lo cual la obligación del profesional es de **medio y no de resultado**.

Declaro que la información suministrada sobre mi estado de salud es veraz y completa, y que asumo la responsabilidad civil y penal por omisiones o datos incorrectos.

AUTORIZACIÓN ACADÉMICA Y USO DE IMÁGENES

Autorizo la toma de fotografías y/o videos con fines:

- Sí autorizo
 No autorizo

En caso de autorizar, entiendo que podrán ser utilizados con fines **académicos, científicos, comerciales o publicitarios**, garantizando la protección de mi identidad conforme a la ley.

MÉDICO ESTÉTICO

CLÁUSULAS DE RESPONSABILIDAD REFORZADA

- Asunción expresa de riesgos:** Acepto integralmente los riesgos descritos, incluso aquellos de ocurrencia excepcional.
- Incumplimiento del paciente:** Asumo responsabilidad por complicaciones derivadas del incumplimiento de las indicaciones médicas.

- c. **Exoneración condicionada:** Exonero al profesional y al establecimiento por eventos adversos propios del procedimiento cuando no exista culpa, negligencia o dolo.
- d. **Variabilidad biológica:** Entiendo que los resultados dependen de factores individuales propios de mi organismo.
- e. **Costos adicionales:** Acepto que cualquier procedimiento adicional o manejo de complicaciones puede generar costos adicionales que asumiré.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES (LEY 1581 DE 2012)

Autorizo de manera previa, expresa e informada a [NOMBRE DEL CONSULTORIO / CLÍNICA] para el tratamiento de mis datos personales y sensibles, incluyendo datos de salud e imágenes, con las siguientes finalidades:

- Prestación de servicios médicos
- Elaboración de historia clínica
- Seguimiento del tratamiento
- Procesos administrativos
- Uso académico o publicitario (si fue autorizado)

Se me informó que:

- Puedo conocer, actualizar, rectificar o suprimir mis datos
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento
- El responsable del tratamiento es el consultorio arriba indicado

SOLUCIÓN DE CONFLICTOS Y CLÁUSULA ARBITRAL

Toda controversia derivada del presente consentimiento será resuelta así:

1. **Arreglo directo:** dentro de un plazo de quince (15) días hábiles.
2. **Arbitraje:** en caso de no acuerdo, se someterá al Centro de Arbitraje y Conciliación de la Cámara de Comercio de Bogotá, bajo las siguientes condiciones:
 - Un (1) árbitro

- Fallo en derecho
- Sede en Bogotá D.C.

La decisión será definitiva y obligatoria.

CONSENTIMIENTO FINAL

He podido aclarar todas mis dudas, entiendo completamente este documento y acepto el procedimiento de manera libre, voluntaria y consciente.

Acepto

FIRMAS

Nombre:

[Redacted]

C.C.:

[Redacted]

Cel.:

[Redacted]