

**Constancia Secretarial:** Señor Juez dejo constancia que, mediante correo electrónico del 3 de mayo pasado, se remitió a este Despacho la historia Clínica de la demandante. Así mismo mediante correo del 28 de mayo pasado, el apoderado de Biolaser allega dictamen pericial. A Despacho para proveer.

*Maria Alejandra Cuartas L*

Maria Alejandra Cuartas L  
Oficial Mayor

**JUZGADO DIECISÉIS CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD**  
Medellín, primero (1) de junio de dos mil veintiuno (2021)

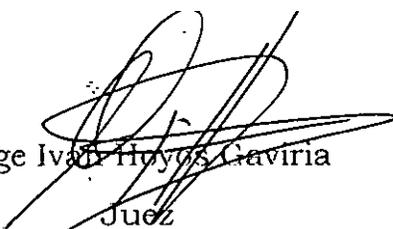
**Radicado: 2018-80**

Se incorpora al plenario para los fines pertinentes la historia clínica completa de la demandante Melisa Otalvaro, remitida por Biolaser S.A.S, en atención al oficio número 768 del 7 de abril de 2021.

Así mismo, atendiendo a lo dispuesto en el artículo 228 del C.G.P, se pone en conocimiento de las partes, el dictamen pericial presentado por el Dr. Hernando Pérez Camargo, y allegado por el apoderado de Biolaser S.A.S, se advierte a las partes que el profesional deberá asistir a la audiencia de instrucción y juzgamiento que se llevará a cabo el 10 de junio del año que avanza a las 9 am, mediante la plataforma TEAMS,

Finalmente, se requiere a las partes para que informen a este despacho los correos electrónicos de los peritos y testigos que asistirán a la referida audiencia, lo anterior con el fin de remitirles el link y que puedan asistir a la misma.

**Notifíquese**

  
Jorge Iván Hoyos Gaviria  
Juez

DATOS DE IDENTIFICACION			
Fecha (DD-MM-AAAA)		Hora	No. Identificación/ H.C.
10 Mayo/2013		1pm	1152187.828
Apellidos/Nombre			Edad
OTALVARO OSORIO MELISA ANDREA			23 años
Sexo	Estado civil	Ocupación	Fecha nacimiento
femenino	soltera	Estudiante	03-05-1990
Dirección domicilio y Lugar de residencia			
Cil 108 # 64 - D 37 - Gutierrez			
Correo Electrónico		Teléfonos domicilio	Celular
melotalvaros@hotmail.com		4381477	3146304792
Acompañante		Parentesco	Teléfono
sola		-	-
Responsable		Parentesco	Teléfono
Mayde Osorio		Madre	3183948669
Seguridad Social	Empresa	Tipo de Plan	
NO	-	-	
Remitido (a) por:			
Revista GURA Estética			

<b>MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL:</b>							
Mejorar el aspecto corporal.							
<b>REVISION POR SISTEMAS:</b>							
Negativo							
<b>ANTECEDENTES PERSONALES:</b>						Fuma:	Licor:
Negativo						SI	NO
<b>Quirúrgicos:</b>							
Lipoescultura (2) última: 5 años.							
<b>Alérgicos:</b>							
Negativo							
Menarca	Ciclos	F.U.M.	Planifica	G:	P:	C:	A:
12a	28/3	2 días	Varminig	0	0	0	0
<b>Medicamentos de uso actual</b>							
Negativo							
<b>Otros:</b>							
protina							
<b>ANTECEDENTES FAMILIARES:</b>							
CA: Abuelo materno HTA padre DM: Abuela materna.							
<b>E. FISICO:</b> Condición general		Presión Arterial	Pulso	Talla	Peso		
Buena		125/68 mmHg	77 x min	1,63 m	41,645 kg.		
<b>CARA:</b>							
Microgipsos, boca con forma en arco							

OJOS Y O.R.L.:

Clinicamente normal

CUELLO:

Clinicamente normal

CARDIOPULMONAR:

Clinicamente normal

MAMAS:

Proticas, Pgn Izquierdo 25, Derecho 27.5 cm.

ABDOMEN:

Señales grasas leves y deformidad Periumbilical con mas señales grasas a la derecha, Señales grasas en flancos. Exceso moderado de piel en espaldas y Ebullos de piel en abdomen

G.U.:

Clinicamente normal

EXTREMIDADES:

Hipoplasia Glteas.

PIEL:

Microscubritubos o hiperpigmentacion macromaculosa en flancos rot tipo anterior

FOTOTIPO: I II III IV V VI

III

IMPRESION DIAGNOSTICA:

1) hipodistrofia

2) Deformidades en abdomen rot tipo anterior

3) Pigmentacion macromaculosa en flancos.

PLAN DE TRATAMIENTO:

Se sugiere hiposcultura.

Exámenes de laboratorio.

FIRMA Dr. Hernán Darío Restrepo G.  
 Médico y Cirujano de A.  
 R.M. 1513-87013/07  
 Cel: 313 657 46 22

ACTUALIZACION DE DATOS

Apellidos/Nombres Otalvaro Osorio Melissa Andrea		No. Identificación/H.C. 1152187828
Teléfono 4381477.	Celular 3146304792	Edad: 23 años.

FECHA/HORA	EVOLUCIÓN
2/07/13. 3:50 PM	<p>Tras ecografía mamaria con Dx de enfermedad fibroquistica de mama de naturaleza benigna el resultado fue "benigno" (no lo trae) la biopsia de mama de nódulo o quiste de mama izquierda cuadrante superior interno los 10 del reloj. al examen físico la parte suelta de las: 6.5.5k y el resto del ex. físico entre límites normales excepto por quistes en mamas.</p> <p>de la explora la posibles riesgos complicaciones y limitaciones en los resultados estéticos de su procedimiento, la paciente ya fue revuelta por el Doctor Jaime Rivera, la paciente lo entiende y acepta por lo que firma documentos adjuntos, nota posterior.</p>

Dr. Hernán Darío Restrepo G.  
Médico y Cirujano U. de A.  
R.M. 153387  
Cel: 318 657 4632

02-07/13. 4:20 pm.	<p>Me han explicado que el procedimiento que he solicitado sera realizado por un equipo quirúrgico que consta de un cirujano plastico Jaime Rivera y un medico cirujano Hernan dario Restrepo</p> <p>Ademas de los Riesgos, complicaciones y limitaciones en los resultados estéticos del Procedimiento. me han entregado las instrucciones pre y post operatorias, entiendo y asumo voluntariamente todo por lo que firmo las hojas de consentimientos y riesgos adjuntas.</p>
-----------------------	---

Melissa Otalvaro Osorio.  
C.C. 1.152.187.828.

FECHA/HORA	EVOLUCIÓN
<p>11-07-13 9:00am</p>	<p>Recibo paciente para iniciar tratamiento físico terapéutico; cirugía realizada por el Doctor Antonio Dario Restrepo. evolución de la cirugía 3 días inicia con ultrasonido de 3MHz en áreas de abdomen, flancos, espalda. brazo intensidad de 2 en brazos intensidad de 1. Se utiliza gel como medio de conducción onda utilizada continua, tiempo de terapia 30 minutos distribuidos en áreas anteriormente mencionadas la paciente termina su sesión en buenas condiciones</p> <p style="text-align: right;">Nelly Ferraro H. FISIOTERAPEUTA REG. 5-1343</p>
<p>15-07-13 9:00am</p>	<p>Se Realiza Ultrasonido en áreas de abdomen. flancos espalda. con cabezote de mano corporal de 3MHz onda continua intensidad de 3. intensidad de 1. Se utilize gel como medio de conducción; tiempo de tratamiento 30 minutos distribuidos en áreas anteriormente mencionadas. la paciente termine la sesión en buenas condiciones</p> <p style="text-align: right;">Nelly Ferraro H. FISIOTERAPEUTA REG. 5-1343</p>
<p>17-07-13 11am</p>	<p>Pcte intervencido quirúrgicamente el día 9/07/13 en Clínica NOVA con el Dr Jaime Rivera (liposucción, mastopexia con prótesis Refine 350 cc) tomados los flujos y medidas se revisa el día 11/07/13, se encuentra en buenas condiciones generales, afebil y Edas y egresada lunes, Huidas limpas, drenes activos) El día 15/07/13 se retiran drenes ya son inactivos y el día de hoy 18 días postop se encuentra en buenas condiciones generales afebil, P=84mm, contenta con el resultado</p>

**ACTUALIZACION DE DATOS**

Apellidos/Nombres <b>OTOLARCA OSORIO Melin Andrés</b>		No. Identificación/H.C <b>1152107828</b>
Teléfono <b>4301477</b>	Celular <b>3146304792</b>	Edad: <b>23 años</b>

FECHA/HORA	EVOLUCIÓN
------------	-----------

Examen físico. Crecimiento normal, normas bien. Heridas limpias y curadas. E. de 7 y equinus leves. Heridas limpias, curadas en espalda, manos, abdomen.  
 Continúa tratamiento igual. Revisión 8 días.  
 Dr. Hernán Darío Restrepo G.  
 Médico Cirujano U. de A.  
 R.M. 1513-87  
 Cel: 313 657 46 22

17/07/13. 9:00 am. Se Realiza Ultrasonido en áreas de abdomen espaldas, flancos. con intensidad de 2. intensidad de 1 onda utilizada. continuo se aplica gel como medio de conducción, el tiempo programado 30 minutos distribuidos en áreas anteriormente mencionadas; se utiliza cabezote de mano Corporal; tu posición. termina la sesión en buenas condiciones Nelly Ferraro H. FISIOTERAPEUTA REG. 5-1343

19/07/13 9:30 am. Hoy 10 días postoperatorio, muy buena evolución. Heridas limpias y de las curadas. Sin signos de infección en normo. E. de 7 y equinus leves. Heridas limpias y sin signos de infección. Humedales. Debridados y sin signos de infección. Continúa igual manejo.  
 Alévarse 10.000 esp. f. l. I. a. y revisión 8 días.  
 Se le recomendó al paciente que debe caminar más y caminar para mejorar los miembros y el sistema de miembros inferiores.  
 Dr. Hernán Darío Restrepo G.  
 Médico Cirujano U. de A.  
 R.M. 1513-87  
 Cel: 313 657 46 22

19-07-13 9:30 am. Se Realiza ultrasonido en áreas de abdomen flancos piernas, brazos. Se trabaja con

FECHA/HORA	EVOLUCIÓN
	<p>onda continua. Se utiliza pieza de mano corporal. Se aplica gel como medio de conducción intensidad 2 en brazos intensidad de 1 tiempo programado el día de hoy 30 minutos distribuidos en áreas mencionadas. La paciente termina la Sesión en buenas condiciones Nelly Ferraro H. FISIOTERAPEUTA REG. 5-1343</p>
22/07/13. 4Pm.	<p>Recibo paciente para Iniciar Endermología cirugía realizada el 9 de Julio. Doctor Hernan Dario Restrepo. Se trabaja áreas de abdomen flancos, piernas, espalda. Intensidad de 2 en brazos intensidad de 1. Se le hace énfasis al paciente en educación postural. Se trabaja con cabezote corporal. tiempo programado en la terapia. 30 minutos distribuidos en áreas anteriormente mencionadas. La paciente termina la Sesión en buenas condiciones Nelly Ferraro H. FISIOTERAPEUTA REG. 5-1343</p>
22 JUL 2013 16:38	<p>Reviso paciente operada de peña mamaria con prótesis en excelentes condiciones sin signos de infección con leve ulceración en fonde superior de axila derecha para la cual se está tratando con cecebrigante. DR. JAIME RIVERA GADDECO QUIRURJANO PLÁSTICO R.M. 18591/86</p>
24/07/13. 200PM.	<p>Se realiza Endermología en áreas de abdomen; flancos; espalda; piernas brazos. Con intensidad de 2 intensidad de 1 en brazos; Se trabaja con brazo corporal. tiempo 30 minutos distribuidos en áreas mencionadas. La paciente termina la Sesión en buenas condiciones Nelly Ferraro H. FISIOTERAPEUTA REG. 5-1343</p>

**ACTUALIZACION DE DATOS**

Apellidos/Nombres Otalvaro Osorio Melissa andrea.		No. Identificación/H.C 1152.187.828.
Teléfono 438 1477.	Celular 3146364792.	Edad: 23 años.

FECHA/HORA	EVOLUCIÓN
26/07/13. 11.am	Se Realiza Endermología en áreas de abdomen piernas, brazos con intensidad de 2 en brazos intensidad de 1. Se utiliza cabezote Corporal. se trabaja por 30 minutos distribuidos en áreas anteriormente mencionadas; la paciente termina la sesión en buenas condiciones Nelly Ferraro H. FISIOTERAPEUTA REG. 5-1343
26/07/13. 11.45PM	Se revisa paciente con 17 días de evolución se observa leve dehiscencia de suturas perimetrombiltoferlos cuales se reanuda el curso y curar por sutura. C/ revisión 3 días Dr. Hernán Darío Restrepo G. Médico y Cirujano U. de A. R.M/1513-870 Cel: 313 657 46 22 1513/13
29/07/13. 2PM	Se Realiza endermología en áreas de abdomen flancos, piernas brazos, espalda. Se utiliza cabezote Corporal, se trabaja brazos con intensidad de 2 intensidad de 1. Se programa 30 minutos distribuidos en áreas mencionadas. la paciente termina la sesión en buenas condiciones Nelly Ferraro H. FISIOTERAPEUTA REG. 5-1343
31/07/10. 11:45 am.	Se Realiza terapia Corporal en áreas de abdomen flancos piernas (piernas,) espalda. Se utiliza cabezote Corporal. Se hace enfasis. Reajon internu. del muslo con intensidad de 2 intensidad de 1 en brazos. se programa 30 minutos los cuales se distribuyen en áreas mencionadas la paciente termina la sesión en buenas condiciones Nelly Ferraro H.
31/07/13 12.15PM	Bueno evolución, Heridas limpias y dignos de infección, en medio de curación hay pequeños mas Húmedos con leve dehiscencia de suturas. C/ se apunta con Fixonull nuevo vendaje revisión 5 días Dr. Hernán Darío Restrepo G. Médico y Cirujano U. de A. R.M/1513-870 Cel: 313 657 46 22 1513/13

FECHA/HORA	EVOLUCIÓN
2/8/13 06.30 PM	Hoy 24 días postoperatorio, revisado en enfermería en la mañana, se encuentra salida de mamas serosanguinolenta, en heridas de mamas D y V de la boca, sports, se cita para revisión en la mañana de neofitoterapia preoperatoria
5-08-13 8.30 AM.	27 días postoperatorio. Se evidencian dehiscencias de suturas en ambos mamas, en pliegue submamario derecho. Se retiran suturas, se lava con quimiocid de plus Nifocin spray y se oculta con Goss. Mexilis en 3 días Boctrim F tabs 1/12hs
5/08/2013 9:30 am.	Recibo paciente para continuar tratamiento con Endermología en areas de abdomen. flancos espalda piernas brazos; piernas. con intensidad de 2 intensidad de 1. en brazos. Se utiliza. Cabezote de mano corporal. Se programa. 30 minutos. Se distribuyen en areas mencionadas. La paciente termina la sesión en buenas condiciones. Nelly Ferraro H.
12-08/13 10:15 Am.	Se Realiza Endermología en areas de abdomen; flancos espalda. recto interno del. muslo. Se le trabaja brazos con intensidad de 2. intensidad de 1. se utilizo. cabezote de mano corporal. duración de la terapia. 30 minutos distribuidos en areas mencionadas; a la paciente se le toma medidas corporales. la paciente termina la sesión en buenas condiciones. Nelly Ferraro H.

Dr. Hernán Darío Restrepo G.  
 Médico y Cirujano U. de A.  
 C.M. 1618-87  
 Cel. 313 65748 22

Nelly Ferraro H.  
 FISIOTERAPEUTA  
 REG. 5-1343

Nelly Ferraro H.  
 FISIOTERAPEUTA  
 REG. 5-1343

Médico y Cirujano U. de A.  
 R.M. 1513-87  
 Cel. 313 65748 22

**ACTUALIZACION DE DATOS**

Apellidos/Nombres Olavaro Osorio Melissa Andrea		No. Identificación/H.C 1152.187.828
Teléfono 4381477	Celular 3146304792	Edad: 23 años

FECHA/HORA	EVOLUCIÓN
------------	-----------

15/08/2013 11:34 am Realizo endermología en áreas de abdomen flancos espalda, piernas, brazos recto interno del muslo se programa intensidad de 2 en brazos intensidad del 1 se utiliza cabezote de mano corporal; duración de la terapia 30 minutos los cables se distribuyen en áreas mencionadas la paciente termina la sesión en buenas condiciones Nelly Ferraro **Nelly Ferraro H.**  
 FISIOTERAPEUTA  
 REG. 5-1343

15/08/13 11.05 PM Buena evolución, Heridas limpias, sin signos de infección, Granuloma normalmente curado, un gran Fitoshampoo Goro. revisión 3 días  
**Dr. Hernán Darío Restrepo G.**  
 Médico y Cirujano U. de A.  
 R. U. 151287  
 Cel: 314 057 46 22

28/08/2013 11:20 am Se Realize Endermología en áreas de abdomen flancos espalda, piernas, región interna del muslo; los brazos se trabajaron con intensidad de 2 intensidad de 1 duración de la terapia 30 minutos se utiliza brazo de mano corporal. la paciente termina la sesión en buenas condiciones Nelly Ferraro **Nelly Ferraro H.**  
 FISIOTERAPEUTA  
 REG. 5-1343

9. SEP. 2013 16:00 No asistió a la revisión  
 (R)  
**Dr. Esteban Rivera Gallego**  
 Cirujano Plástico  
 Reg. 18591

12/09/13 10: am Realizo Endermología en áreas de abdomen flancos piernas brazos, espalda. Región interna del muslo se trabaja con (cabezote) brazo corporal. duración de la terapia 30 minutos. los cables se distribuyen en áreas antes mencionadas.

FECHA/HORA	EVOLUCIÓN
	La paciente termina la sesión en buenas condiciones Nelly Ferraro H. <b>Nelly Ferraro H.</b>
	<b>FISIOTERAPEUTA REG. 5-1343</b>
15-Oct-13 10 AM	no asistió a cita de revisión <b>Dr. Hernán Darío Restrepo G. Médico y Cirujano U. de A. R.M. 151387 Cel: 313 657 46 22</b>
18/Oct/13 1 PM	control cito <b>Dr. Hernán Darío Restrepo G. Médico y Cirujano U. de A. R.M. 151387 Cel: 313 657 46 22</b>
21-Oct-13 2:30 PM	no asistió a cita de revisión <b>Dr. Hernán Darío Restrepo G. Médico y Cirujano U. de A. R.M. 151387 Cel: 313 657 46 22</b>
24/Oct/13 11 AM	no asistió a cita <b>Dr. Hernán Darío Restrepo G. Médico y Cirujano U. de A. R.M. 151387 Cel: 313 657 46 22</b>
25/Oct/13 12:10 PM	Hay 3 meses 16 días para examen, muy buena evolución con los resultados a pesar de tener cistitis enterococcos peritonales superiores bilaterales (mayor en derecho) peso = 63. Kls. C/ se sugiere comenzar de cistitis en 3 meses. <b>Dieta, ejercicio, revisión 3 meses.</b>
	<b>Dr. Hernán Darío Restrepo G. Médico y Cirujano U. de A. R.M. 151387 Cel: 313 657 46 22</b>
17-12-13 5:25 PM	Hay 5 meses 8 días P.O. peso = 67 Kls. se nota concurrido muy bien a nivel de abdomen y cintura. Hay cistitis intestinales peritonales y polos inferiores largos. También vejigas muy reducidas. C/ se cita en 2 meses para comenzar de cistitis y Bichetomas 1/1.
	<b>Dr. Hernán Darío Restrepo G. Médico y Cirujano U. de A. R.M. 151387 Cel: 313 657 46 22</b>
29/04/14 4:40 PM	luego de 4 meses en varias oportunidades, la paciente por fin vuelve a consultarse de revisión. Hay 9 meses, 20 días, Buena evolución peso = 68.3 Kls., Hay cistitis intestinales peritonales nota bien C/ se ofrece comenzar de cistitis.
	<b>Dr. Hernán Darío Restrepo G. Médico y Cirujano U. de A. R.M. 151387 Cel: 313 657 46 22</b>

**BIOLASER S.A.S.**  
**Ed. Clinica Medellín Poblado Cons 1201 Tel. 444 6450 en MEDELLIN**  
**Impreso por: BIOLASER S.A.S.**

**HISTORIA CLINICA ELECTRONICA**  
**Resumen de Consulta**

<b>Paciente:</b> MELISA ANDREA OTALVARO OSORIO	<b>Fecha Nac:</b> 03/05/1990	<b>CEDULA DE CIUDADANIA :</b> 1152187828
<b>Edad:</b> 29 Años 10 Meses 2 Días	<b>Estado Civil:</b> SOLTERO(A)	<b>Contrato:</b> PARTICULAR
<b>Sexo:</b> FEMENINO	<b>Dep.:</b> ANTIOQUIA	<b>Ocupación:</b> ESTUDIANTE
<b>Eps:</b> COOMEVA EPS S.A.	<b>Telefono:</b> 4381477	<b>Tipo de Vinculación:</b> BENEFICIARIO
<b>País:</b> No suministrado	<b>Parentesco Per. Resp:</b> MAMA	<b>Ciudad:</b> MEDELLIN
<b>Dirección:</b> Calle 108 # 64 D 37		<b>Celular:</b> 3146304792
<b>Responsable:</b> MIRIAM OSORIO		<b>Tel. Per. Resp:</b> 3183948669
<b>Email:</b> meliotalvaro@hotmail.com		

**Antecedentes Patológicos**

ARRITMIAS	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	DIABETES MELLITUS	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No
DISLIPIDEMIAS	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	DISPOSITIVOS	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No
ENF. ACIDO P.	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	ENFERMEDAD CORONARIA	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No
ENFERMEDAD RENAL	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	ENFERMEDADES EXANTEMATICAS	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No
EPILEPSIA	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	HEPATOPATIAS	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No
HIPERTENSION	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	HIPOTIROIDISMO	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No
INSUFICIENCIA CARDIACA	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	MEDICAMENTOS EN USO	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No
OBESIDAD	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	OTROS	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No
QUIRURGICOS	<input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	SINCOPE	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No
TOXICOMANIAS	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	TRANSFUSIONALES	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No
TRAUMATICOS	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No		

*Lipoescultura hace 3 años y mamoplastia hace 1*

**Antecedentes No Patológicos**

ALCOHOLISMO	<input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cada 15 días	ALERGIAS	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No
ALIMENTACION	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No		ASEO PERSONAL	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No
EJERCICIO	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No		OTROS	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No

SEXUALES  Si  No

TABAQUISMO  Si  No 10 x día

**Antecedentes Familiares**

Alérgicos <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No	Asmáticos <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
Cancerígenos <input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Abuelo materno	Cardiopatía <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
Diabéticos <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No Abuela materna	Endocrinas <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
Epilépticos <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No	Hematológicos <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
Hepatopatía <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No	Hipertensión <input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Padre
Malformaciones o Congénitas <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No	Nefropatía <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
Otros <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No	Psiquiátricos <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
Tuberculosis <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No	

**Gineco**

**Antecedentes GinecoObstétricos**

Abortos <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No	Autoexploración Mamaria <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
Ciclos <input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No 30/5 regular	Edad Gestacional <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
Fecha Probable de Parto <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No	Fecha Última Mestruación <input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Hace 1 mes
FUP (Fecha Último Par) <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No	Inicio Vida Sexual Activa <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
Mamografía <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No	Menarca <input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No 12 años
Menopausia <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No	Mestruación <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
Método Anticoncep. <input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Jazmin	Nacidos Muertos <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
Nacidos Vivos <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No	No parejas sexuales <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
Numero de Ectópicos <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No	Numero Mortinatos <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
Partos Cesarea <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No	Partos Vaginales <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
Total de Gestas <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No	Última Citología Vaginal <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No

**Otros Antecedentes**

Antecedente	Existe	Observación
AMIGDALECTOMIA	NO	
COLECISTECTOMIA	NO	
APENDICECTOMIA	NO	
CESAREA	NO	

TUBECTOMIA	NO	
HISTERECTOMIA	NO	
ORTOPEDICAS	NO	
OTRAS	NO	
BLEFAROPLASTIA	NO	
OTOPLASTIA	NO	
RINOPLASTIA	NO	
MAMOPLASTIA	SI	
LIPOESCULTURA	SI	
ABDOMINOPLASTIA	NO	
VAGINOPLASTIA	NO	

<b>Servicio:</b> CONSULTA DE REVISION MEDICINA GENERAL	<b>Fecha:</b> 04/08/2014	<b>Hora:</b> 04:40 PM
--	--------------------------	-----------------------

**Motivo Consulta**

Sintoma	Signo	Observación
Consulta hoy a revision de mamoplastia y lipoescultura realizada el dia 9/07/13 con el Dr. Jaime Rivera, en Clinica Nova. Refiere que desea mejorar el aspecto de las cicatrices de las mamas y un retoque de lipo.		

**Examen Fisico**

Exploración	Observación
CABEZA Y CUELLO	NO EXAMINADO
OJOS Y FONDOSCOPIA	NO EXAMINADO
OTORRINO	NO EXAMINADO
CARDIOVASCULAR	NO EXAMINADO
RESPIRATORIO	NO EXAMINADO
ABDOMEN	Acumulos grasos en abdomen, flancos, Tambien hay flacidez de piel en abdomen
GENITOURINARIO	NO EXAMINADO
PIEL Y FANERAS	NO EXAMINADO
BOCA	NO EXAMINADO
GARGANTA	NO EXAMINADO
ESPALDA	Acumulos grasos y flacidez de piel
NEUROLOGICO	NO EXAMINADO
TORAX	Mamas pseudoptosadas, areolas grandes, cicatrices inesteticas, polos inferiores largos y protesis moviles
OTROS	NO EXAMINADO
EXTREMIDADES SUPERIORES	NO EXAMINADO
EXTREMIDADES INFERIORES	Hipoplasia de gluteos inferior

**Diagnóstico**

Diagnóstico CIE-10	Observación
E881 - LIPODISTROFIA, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	
L905 - FIBROSIS Y AFECCIONES CICATRICIALES DE LA PIEL	Cicatrices inesteticas en mamas

**Evoluciones**

Evolución Realizada el Dia 04/08/2014 Por el Usuario RESTREPO GUTIERREZ HERNAN DARIO:

Se sugiere correccion de cicatrices y pseudoptosis de mamas, tambien retoque de lipoescultura y se deja en (1'770)

C/ Exámenes prequirurgicos e interconsulta a Cirugia plastica.

Evolución Realizada el Dia: 04/08/2014 Por el Usuario RESTREPO PIEDAD ELENA : se le adicionan datos de presión arterial:

peso:71.9

talla:1.65

pulso:96

sistolica:143

diastolica:97

**HERNAN DARIO RESTREPO GUTIERREZ**  
**MEDICO Y CIRUJANO**  
Reg. Profesional: 1513-87  
**CIRUGIA PLASTICA**

**Servicio:** CONSULTA DE REVISION MEDICINA GENERAL

**Fecha:** 03/09/2014

**Hora:** 11:00 AM

**Evoluciones**

Evolución Realizada el Dia 03/09/2014 Por el Usuario RESTREPO GUTIERREZ HERNAN DARIO:

Consulta hoy para revision de exámenes, los cuales estan entre limites normales y se deja copia.

C/ Se explicaron riesgos, complicaciones y limitaciones en los resultados esteticos de su procedimiento y la paciente los entiende y acepta voluntariamente, por lo que firma el consentimiento uinformado adjunto.

**HERNAN DARIO RESTREPO GUTIERREZ**  
**MEDICO Y CIRUJANO**  
Reg. Profesional: 1513-87  
**CIRUGIA PLASTICA**

**Servicio:** LIPOESCULTURA Y PROTESIS EXTERNA

**Fecha:** 03/09/2014

**Hora:** 04:00 PM

**Evoluciones**

Evolución Realizada el Día 03/09/2014 Por el Usuario FRANCO ARIAS DIEGO ARMANDO:

IC CIRUGIA PLASTICA

PACIENTE CON ANTECEDENTES DE MASTOPEXIA HACE UN AÑO APROX Y LIPO-TRANSFERENCIA

CONSULTA POR LIPODISTROFIA LOCALIZADA Y PTOSIS MAMARIA

EN PLAN QUIRURGICO DE MASTOPEXIA CORRECTIVA Y LIPO TRANSFERENCIA GLUTEA

AL EXAMEN FISICO SIN ALTERACIONES

CABEZA Y CUELLO. NO MASAS O ADENOPATIAS

TORAX Y CP: RS CS RS SIN SOBREGREGADOS

ABDOMEN Y GU: LIPODISTROFIA LOCALIZADA, FIBROSIS

NEUROLOGICO Y EXTREMIDADES: SIN DEFICIT, SIN ALTERACIONES

IDX: PTOSIS MAMARIA, LIPODISTROFIA LOCALIZADA

CONDUCTA: MASTOPEXIA CORRECTIVA. LIPO-TRANSFERENCIA GLUTEA

DIEGO FRANCO CIRUJANO PLASTICO

**DIEGO ARMANDO FRANCO ARIAS**

**Servicio:** CONSULTA DE REVISION MEDICINA GENERAL

**Fecha:** 05/09/2014

**Hora:** 10:40 AM

**Evoluciones**

Evolución Realizada el Día 08/09/2014 Por el Usuario RESTREPO GUTIERREZ HERNAN DARIO: La paciente no asistio a la primera cita de revision post operatoria y el viernes (5/09/14) en la tarde fue revisada por enfermería quien la encuentra entre límites normales y en un postoperatorio aceptable y le dan cita para el 8/09/14

**HERNAN DARIO RESTREPO GUTIERREZ**

**MEDICO Y CIRUJANO**

**Reg. Profesional: 1513-87**

**CIRUGIA PLASTICA**

**Servicio:** ULTRASONIDO

**Fecha:** 08/09/2014

**Hora:** 01:00 PM

**NELLY DEL SOCORRO FERRARO HERNANDEZ**

**FISIOTERAPEUTA**

**Reg. Profesional: 5-1343**

Servicio: CONSULTA DE REVISION MEDICINA GENERAL

Fecha: 08/09/2014

Hora: 03:00 PM

Signos Vitales

Peso:	75	Talla:	165
TA. Diastólica:	NO EXAMINADO	TA. Sistólica:	NO EXAMINADO
Sat O2:	NO EXAMINADO	Temperatura:	NO EXAMINADO
Frecuencia Respiratoria:	78	Frecuencia Cardíaca:	130
I.M.C:	27,55		

Evoluciones

Evolución Realizada el Día 08/09/2014 Por el Usuario RESTREPO GUTIERREZ HERNAN DARIO:

6 días PO. de reposicionamiento de prótesis, corrección de cicatrices y lipoesculptura realizada el día 3/09/14 buena evolución, contenta con el resultado.

Al examen físico buenas condiciones generales, edema y equimosis leves, heridas limpias y sin signos de infección. Drenes inactivos, por lo que se retiran.

C/ Continuar igual manejo con Levofloxacina 500 mg cada día, Nimesulida 100 mg cada 12 horas y Winadine cada 8 horas. Revisión en 5 días e iniciar post operatorios.

**HERNAN DARIO RESTREPO GUTIERREZ**  
MEDICO Y CIRUJANO  
Reg. Profesional: 1513-87  
CIRUGIA PLASTICA

Servicio: ULTRASONIDO

Fecha: 09/09/2014

Hora: 12:00 PM

Signos Vitales

Peso:	72.3	Talla:	NO EXAMINADO
TA. Diastólica:	NO EXAMINADO	TA. Sistólica:	NO EXAMINADO
Sat O2:	NO EXAMINADO	Temperatura:	NO EXAMINADO
Frecuencia Respiratoria:	NO EXAMINADO	Frecuencia Cardíaca:	NO EXAMINADO
I.M.C:			

Evoluciones

Evolución Realizada el Día 09/09/2014 Por el Usuario FERRARO HERNANDEZ NELLY DEL SOCORRO: Paciente que asiste puntual a tratamiento estético con ultrasonido, de 3mhz, onda alterna se le aplica conducto como medio de conducción, se utiliza pieza de mano corporal, el dren interglúteo se encuentra activo y sin signos de infección. Usaria presenta edema inflamación equimosis, en región de abdomen, flancos, espalda, se trabaja áreas antes mencionadas, duración de la terapia 30 minutos distribuidos regiones antes mencionadas, la paciente termina la sesión en buenas condiciones

**NELLY DEL SOCORRO FERRARO HERNANDEZ**  
FISIOTERAPEUTA  
Reg. Profesional: 5-1343

Servicio: ULTRASONIDO

Fecha: 11/09/2014

Hora: 11:00 AM

Evoluciones

Evolución Realizada el Dia 11/09/2014 Por el Usuario FERRARO HERNANDEZ NELLY DEL SOCORRO: Se realiza terapia corporal con ultrasonido de 3-mhz onda alterna, se aplica condugel como medio de conduccion, se utiliza pieza de mano corporal, se le realiza la terapia en areas de abdomen, flancos, espalda,, se observa inflamacion en abdomen, flancos, espalda, duracion de la terapia 30 minutos distribuidos en areas antes mencionadas,.La paciente termina la sesion en buenas condiciones.

Evolución Realizada el Dia: 13/09/2014 Por el Usuario RESTREPO GUTIERREZ HERNAN DARIO: 10 dias PO; buena evolucion y esta ansiosa con el resultado.

Al examen fisico buenas condiciones generales, edema y equimosis leves. Heridas limpias, sin signos de infeccion, en mama derecha a nivel suprareolar hay reaccion por cuerpoextraño (Vicryl) el cual se extrae y se resutura con prolene 3-0

**NELLY DEL SOCORRO FERRARO HERNANDEZ**  
**FISIOTERAPEUTA**  
Reg. Profesional: 5-1343

Servicio: ULTRASONIDO

Fecha: 15/09/2014

Hora: 01:00 PM

Evoluciones

Evolución Realizada el Dia 15/09/2014 Por el Usuario FERRARO HERNANDEZ NELLY DEL SOCORRO: Se realiza terapia corporal con ultrasonido de 3-mhz onda alterna, se utiliza pieza de mano corporal, se aplica condugel como medio de conduccion, se le trabaja areas de abdomen, flancos, espalda usuaria presenta inflamacion en areas antes mencionadas, duracion de la terapia 30 minutos distribuidos en areas antes mencionadas. La paciente termina la sesion en buenas condiciones

Evolución Realizada el Dia: 17/09/2014 Por el Usuario RESTREPO GUTIERREZ HERNAN DARIO: Se revisa paciente que viene a postoperatorios con la fisioterapeuta y se encuentra en buenas condiciones generales, mamas bien, protesis moviles y continua con heridas que presentan reaccion a suturas de Vicryl y Monosyn, las cuales retiro y utilizo prolene para refuerzos externos.  
C/ Continuar igual manejo y Rifocina spray 2 veces dia en las heridas.

**NELLY DEL SOCORRO FERRARO HERNANDEZ**  
**FISIOTERAPEUTA**  
Reg. Profesional: 5-1343

Servicio: ULTRASONIDO

Fecha: 17/09/2014

Hora: 12:00 PM

Evoluciones

Evolución Realizada el Dia 17/09/2014 Por el Usuario FERRARO HERNANDEZ NELLY DEL SOCORRO: Se realiza terapia corporal con ultrasonido de 3-mhz onda alterna, se aplica condugel como medio de conduccion, se utiliza pieza de mano corporal, se observa edema inflamacion, en abdomen, flancos, espalda, se le trabaja areas antes mencionadas, duracion de la terapia 30 minutos distribuidos en areas antes mencionadas. laq paciente termina la sesion en buenas condiciones

**NELLY DEL SOCORRO FERRARO HERNANDEZ**  
**FISIOTERAPEUTA**  
**Reg. Profesional: 5-1343**

**Servicio:** ULTRASONIDO

**Fecha:** 19/09/2014

**Hora:** 04:00 PM

**Evoluciones**

Evolución Realizada el Dia 19/09/2014 Por el Usuario FERRARO HERNANDEZ NELLY DEL SOCORRO: Paciente que ingresa al consultorio acompañada de una prima para realizarse tratamiento estetico con ultrasonido de 3-mhz.onda alterna,se utiliza cabezote mediano corporal, se aplica condugel como medio de conduccion,se realiza la terapia en flancos,espalda,muslos,,se observa inflamacion en flancos,espalda,abdomen,duracion de la terapia 30 minutos distribuidos en areas antes mencionadas.La paciente termina la sesion en buenas condiciones

**NELLY DEL SOCORRO FERRARO HERNANDEZ**  
**FISIOTERAPEUTA**  
**Reg. Profesional: 5-1343**

**Servicio:** ULTRASONIDO

**Fecha:** 23/09/2014

**Hora:** 03:00 PM

**Evoluciones**

Evolución Realizada el Dia 23/09/2014 Por el Usuario FERRARO HERNANDEZ NELLY DEL SOCORRO: Se realiza terapia corporal con ultrasonido de 3-mhz.onda alterna,se aplica condugel como medio de conduccion,se utiliza pieza de mano corporal,se trabaja areas de abdomen,flancos,espalda,,se observa inflamacion en areas antes mencionadas,duracion de la terapia 30 minutos distribuidos en areas antes mencionadas.La paciente termina la sesion en buenas condiciones

**NELLY DEL SOCORRO FERRARO HERNANDEZ**  
**FISIOTERAPEUTA**  
**Reg. Profesional: 5-1343**

**Servicio:** ULTRASONIDO

**Fecha:** 25/09/2014

**Hora:** 11:00 AM

**Evoluciones**

Evolución Realizada el Dia 25/09/2014 Por el Usuario FERRARO HERNANDEZ NELLY DEL SOCORRO: Se realiza terapia corporal con ultrasonido de 3-mhz,onda alterna, se aplica condugel como medio de conduccion se le trabaja areas de abdomen,flancos,espalda,se utiliza pieza de mano corporal,duracion de la terapia 30 minutos distribuidos en areas antes mencionadas,la paciente termina la sesion en buenas condiciones

**NELLY DEL SOCORRO FERRARO HERNANDEZ**  
**FISIOTERAPEUTA**  
**Reg. Profesional: 5-1343**

**Servicio:** CONSULTA DE REVISION MEDICINA GENERAL      **Fecha:** 02/10/2014      **Hora:** 05:00 PM

**Evoluciones**

Evolución Realizada el Dia 02/10/2014 Por el Usuario RESTREPO GUTIERREZ HERNAN DARIO:

Se revisa paciente que viene a postoperatorios con la fisioterapeuta y se encuentra en buenas condiciones generales, mamas bien, protesis moviles y continua con heridas que presentan reaccion a suturas de Vicryl y Monosyn, las cuales retiro.

C/ Retiro parcial de puntos de sutura. Iniciar fitostimuline gel 2-3 veces dia y continuar igual menejo y Rifocina spray 2 veces dia en las heridas. Revisión en 8 días.

**HERNAN DARIO RESTREPO GUTIERREZ**  
**MEDICO Y CIRUJANO**  
**Reg. Profesional: 1513-87**  
**CIRUGIA PLASTICA**

**Servicio:** CONSULTA DE REVISION MEDICINA GENERAL      **Fecha:** 15/10/2014      **Hora:** 09:00 AM

**Signos Vitales**

<b>Peso:</b>	72	<b>Talla:</b>	NO EXAMINADO
<b>TA. Diastólica:</b>	NO EXAMINADO	<b>TA. Sistólica:</b>	NO EXAMINADO
<b>Sat O2:</b>	NO EXAMINADO	<b>Temperatura:</b>	NO EXAMINADO
<b>Frecuencia Respiratoria:</b>	NO EXAMINADO	<b>Frecuencia Cardiaca:</b>	NO EXAMINADO
<b>I.M.C:</b>			

**Evoluciones**

Evolución Realizada el Día 15/10/2014 Por el Usuario RESTREPO GUTIERREZ HERNAN DARIO:

Hoy 1 mes 12 días PO., buena evolucion y refiere que no le cierran las heridas de mama izquierda.

Al interrogarla la paciente acepta que esta fumando y se le explica que no puede seguir fumando, pues esto es lo que nos esta afectando la cicatrizacion

Al examen fisico no hay causa aparente para que no cierren las heridas, que estan limpias y sin signos de infeccion.

Ademas tiene nuevas heridas en mama izquierda que no corresponden a heridas quirurgicas, sino que son compatibles con heridas por trauma con microporo, el cual se ordeno desde consultas anteriores no utilizar mas

C/ Rifocina Spray luego de lavar en la mañana y fitostimuline gel 2-3 veces dia. Revision en 8 dias.

Nota: La paciente pide incapacidad por que no esta llendo a la universidad y se le explica que esto no requiere incapacidad y que ella puede hacer su vida normal.

**HERNAN DARIO RESTREPO GUTIERREZ**  
**MEDICO Y CIRUJANO**  
**Reg. Profesional: 1513-87**  
**CIRUGIA PLASTICA**

**Servicio: ENDERMOLOGIA**

**Fecha: 20/10/2014**

**Hora: 11:00 AM**

**Evoluciones**

Evolución Realizada el Día 20/10/2014 Por el Usuario FERRARO HERNANDEZ NELLY DEL SOCORRO: Paciente que asiste puntual para iredomar tratamiento estetico con endemologie ,se le realiza en areas de abdomen,flancos,espalda,muslos,con intensidad de 3, en zonas de brazos y region interna de muslos con intensidad de 2, se utiliza cabezote corporal, la paciente utiliza body corporal para proteger su piel y permitir que los rodillos deslicen con facilidad,duracion de la terapia 30 minutos distribuidos en areas antes mencionadas,La paciente termina la sesion en buenas condiciones

**NELLY DEL SOCORRO FERRARO HERNANDEZ**  
**FISIOTERAPEUTA**  
**Reg. Profesional: 5-1343**

**Servicio: ENDERMOLOGIA**

**Fecha: 22/10/2014**

**Hora: 11:00 AM**

**Evoluciones**

Evolución Realizada el Día 22/10/2014 Por el Usuario FERRARO HERNANDEZ NELLY DEL SOCORRO: Se realiza terapia corporal con endermologie en areas de abdomen,flancos,espalda,muslos,se trabaja con intensidad de 3, en brazos y region interna de muslos con intensidad de 2, se utiliza cabezote corporal,la paciente utiliza body corporal para proteger su piel y permitir que los rodillos deslicen con facilidad,duracion de la terapia 30 minutos distribuidos en areas antes mencionadas,La paciente termina la sesion en buenas condiciones

**NELLY DEL SOCORRO FERRARO HERNANDEZ**  
**FISIOTERAPEUTA**  
**Reg. Profesional: 5-1343**

**Servicio: ENDERMOLOGIA**

**Fecha: 24/10/2014**

**Hora: 10:00 AM**

**Evoluciones**

Evolución Realizada el Dia 24/10/2014 Por el Usuario FERRARO HERNANDEZ NELLY DEL SOCORRO: Se realiza terapia corporal con endermologie en areas de abdomen,flancos,espalda,muslos,con intensidad de 3, en zonas de brazos y region interna de muslos con intensidad de 2, se utiliza cabezote corporal,la paciente utiiza body corporal para proteger su piel y permitir que los rodillos deslicen con failidad,duracion de la terapia 30 minutos distribuidos en areas antes mencionadas,la paciente termina la sesion en buenas condiciones

**NELLY DEL SOCORRO FERRARO HERNANDEZ**  
**FISIOTERAPEUTA**  
**Reg. Profesional: 5-1343**

**Servicio: ENDERMOLOGIA**

**Fecha: 27/10/2014**

**Hora: 12:00 PM**

**Evoluciones**

Evolución Realizada el Dia 27/10/2014 Por el Usuario FERRARO HERNANDEZ NELLY DEL SOCORRO: Se realiza terapia corporal con endermologie en areas de abdomen,flancos,espalda,muslos,,se trabaja con intensidad de 3, en zonas de brazos y region interna de muslos con intensidad de 2, se utiliza cabezote corporal, la paciente utiliza body corporal para proteger su piel y permitir que los rodillos deslicen con facilidad,duracion de la terapia 30 minutos distribuidos en areas antes mencionadas, la paciente termina la sesion en buenas condiciones

**NELLY DEL SOCORRO FERRARO HERNANDEZ**  
**FISIOTERAPEUTA**  
**Reg. Profesional: 5-1343**

**Servicio: ENDERMOLOGIA**

**Fecha: 31/10/2014**

**Hora: 10:00 AM**

**Evoluciones**

Evolución Realizada el Día 31/10/2014 Por el Usuario FERRARO HERNANDEZ NELLY DEL SOCORRO: Paciente que ingresa puntual a tratamiento estetico,se le realiza endermologie en areas de abdomen,flancos,espalda,muslos,se le trabaja con intensidad de 3 en zonas de brazos y region interna de muslos con intensidad de 2,se utiliza cabezote corporal,la paciente utiliza body corporal para proteger su piel y permitir que los rodillos deslicen con facilidad,duracion de la terapia 30 minutos distribuidos en areas antes mencionadas.La paciente termina la sesion en buenas condicines

**NELLY DEL SOCORRO FERRARO HERNANDEZ**  
**FISIOTERAPEUTA**  
**Reg. Profesional: 5-1343**

---

BIOLASER*	RIESGOS Y COMPLICACIONES DE MAXTOPEXIA CON PROTESIS (LEVANTAMIENTO DE SENOS)	VERSION	04
		FECHA	JUL/2012

**NOMBRE** Melisa Andrea Otalvaro Osorio **FECHA** 02-07-2013

**RIESGOS PROPIOS DEL PROCEDIMIENTO:** La mastopexia o levantamiento de las mamas es una cirugía segura, siempre y cuando se cumpla con las recomendaciones exigidas. Sin embargo, como en cualquier procedimiento siempre pueden existir complicaciones y riesgos asociados.

- Dolor
- Edema (Hinchazón)
- Hematomas (la sangre acumulada).
- Anemia Crónica
- Infección.
- Dehiscencia de sutura (Abertura de los puntos)
- Necrosis de piel (piel muerta)
- Asimetrías (Desigualdad)
- Los pezones poco sensibles, e incluso, sin sensibilidad.
- Seromas (Acumulo de líquidos)
- La contractura capsular (la cicatriz interna que se forma alrededor del implante se contrae en exceso, haciendo que la mama se vuelva más dura).
- Extrusión de la prótesis (Salida de la prótesis)
- Hemotórax (aire en el pulmón)
- Cicatrices inestéticas: hipertróficas y/o queloides (Cicatrización inadecuada)
- Complicaciones propias de la anestesia.
- Puede verse afectada la capacidad de dar de mamar
- Las mamas cambiarán ante los estímulos hormonales normales, el embarazo o los cambios de peso.
- Trombos a pulmón de grasa o de sangre)
- Muerte
- Insatisfacción del paciente
- Los fumadores tienen gran predisposición a una mala cicatrización, dehiscencia de suturas y necrosis de piel.

**NOTA:** La Mastopexia es una cirugía de 2 tiempos, en caso de necesitar el retoque se realizará a los 7 meses y no se cobrarán honorarios Médicos, pero el paciente pagará los derechos de sala. (Materiales e instrumentadora).

Además de los anteriores cualquier otro imprevistos ó no descritos.

Acepto que he leído y comprendido las posibles complicaciones del tratamiento.

MELISA OTALVARO OSORIO

Firma y Cédula del paciente

1.152.187.828



BIOLASER*	RIESGOS Y COMPLICACIONES DE LIPOESCULTURA	VERSION	01
		FECHA	OCT/2010

NOMBRE Melisa Andrea Otañaro Osorio FECHA 02-07-2013

**RIESGOS PROPIOS DEL PROCEDIMIENTO:** La Lipoescultura, al igual que cualquier otro procedimiento médico-quirúrgico, tiene riesgos, complicaciones y secuelas inherentes.

- Dolor
- Hematomas y/o equimosis (morados)
- Anemia Crónica
- Hiperpigmentación de la piel (Manchas)
- Cicatrices inestéticas: hipertróficas y/o queloideas (Cicatrización inadecuada)
- Seromas (Acumulación de líquidos)
- Linfedema: Hinchazón, acumulación de líquidos
- Infección
- Empastamiento
- Bronconeumonias
- Trombo embolismos
- Muerte
- Insatisfacción del paciente

Los fumadores tienen gran predisposición a una mala cicatrización, dehiscencia de suturas y necrosis de piel

Además de los anteriores cualquier otro imprevistos ó no descritos.

Acepto que he leído y comprendido las posibles complicaciones del tratamiento.

MELISA OTAÑARO OSORIO

Firma y Cédula del paciente 1.152.187.828



<b>BIOLASER</b> <small>(EN CUMPLIMIENTO A LA LEY 23 DE 1981, DE LA RESOLUCION 1995 DE 1999 Y DEMAS NORMAS RELACIONADAS CON LA HISTORIA CLINICA)</small>	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO GENERAL</b>	FECHA	JUN/2011
		VERSIÓN	02
		PÁGINA	1 de 1

DIA: 02 MES: 07 AÑO: 2013

LUGAR: Medellin

Dentro de las normas éticas exigidas al profesional médico en Colombia, se encuentra el deber de informar adecuada y oportunamente a todos sus pacientes los riesgos que puedan derivarse del tratamiento que le será practicado, solicitando su consentimiento anticipadamente.

Por tanto, con el presente documento escrito se pretende informar a usted (y su acompañante si lo hubiere) acerca del procedimiento que se le practicará por lo que se le solicita leer atentamente y llenar de su puño y letra los espacios en blanco.

Yo Melisa Andrea Otalvaro Osorio de 23 años de edad, identificado con C.C. No. 1.152.187.828 de MEDELLIN.

Declaro que:

1) El Dr. (a) Jaime Rivera Gallego con R.M. 18591 y el Dr. (a) Hernán Darío Restrepo R.M. 1513-87 me han suministrado información suficiente, en lenguaje claro, sencillo, sobre el procedimiento denominado: Maxtopexia con protesis y lipoescultura que he solicitado por mi propia voluntad.

2) Me ha sido explicado en qué consiste el procedimiento, su naturaleza y propósito mejorar aspecto corporal.

También me ha informado las ventajas, molestias y riesgos que pueden producirse, así como las posibles alternativas de utilizar otros métodos.

3) Previamente me ha interrogado sobre posibles contraindicaciones y me han sido explicadas a satisfacción las implicaciones, consecuencias y sus complicaciones más frecuentes como Edema, Hematoma, Equimosis, Dolor, Enrojecimiento, Sobre infección y se me ha explicado de los efectos adversos poco probables o de imposible previsión como: ver anexos 001-002.

4) Acepto que he comprendido las instrucciones Pre y Pos-Tratamiento impartidas por escrito de cuidados pre y pos tratamiento y me comprometo a llevarlas a cabo y que de no cumplirlas, se puede aumentar la posibilidad de presentar complicaciones o fallas en el resultado.

5) Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas a satisfacción.

6) Me comprometo a cumplir las indicaciones impartidas previas y posteriores al procedimiento, así como los controles médicos establecidos ya que de no hacerlo, se puede aumentar la posibilidad de presentar complicaciones o fallas en el resultado.

7) Se me ha informado plenamente que no se me garantiza en el 100% los resultados que se esperan del procedimiento, pues existe un porcentaje variable de eventos en los que la respuesta según cada individuo, puede ser más favorable en unos que en otros, ya que la actividad médica es de medio y no de resultado.

8) Quedo enterado que mi médico tratante no asumirá ningún costo de retoques, honorarios de otros médicos, especialistas o procedimientos alternos de los que eventualmente llegare a requerir, derivado de las complicaciones y riesgos del tratamiento pactado.

9) He leído y comprendido perfectamente lo anterior. Todos los espacios en blanco han sido completados por mí antes de mi firma y certifico que me encuentro en plena libertad de expresar mi voluntad. Y por ello manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

**ACEPTACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

Yo, Melisa Andrea Otalvaro O con documento N°: 1.152.187.828, bajo pleno uso de mis facultades, y habiendo leído y comprendido esta hoja informativa la cual hace claridad del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, declaro estar debidamente informado/a, según disponen los artículos 8, 9 y 10 de la ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente.

Asimismo, he recibido respuesta a todas mis inquietudes y firmo este documento con libre voluntad.

Firma y huella del paciente: MELISA OTALVARO OSORIO  
 C.C. N° 1.152.187.828

Firma Médico: Dr. Hernán Darío Restrepo G.  
 R.M. N° 1513-87  
 Cel: 313 657 46 22

Firma y huella del testigo \_\_\_\_\_  
 N° \_\_\_\_\_  
 (EN CASO DE PACIENTE MENOR DE EDAD)

BIOLASER	REMISIÓN PARA CONSULTA DE CIRUGÍA	Código	CE-P-F-001
		Versión	03
		Fecha	Enero/2013
		Página	1 de 1

Fecha: 2 Julio/2013	N° Identificación/HC: 1152.107.828	Edad: 23 años
Apellidos/Nombres: OTAVARO OSORIO MELISA ANDREA		
Dirección y Lugar de Residencia: #1108 #64 D 37 - Guatemala		
Teléfono: 4381477		Celular: 3146304792

Motivo Consulta: "Mejorar el aspecto corporal"
Revisión por Sistemas: niega
AP: niega
AQx: Lipoescultura #2.
Alérgicos: niega
AGO                      F.U.M:                      G: 0                      P: 0                      C: 0                      A: 0
A Familiares: CA: Abuelo materno HTA: Padre DM: Abuela Materna
Ex. Físico: Buenas condiciones Generales
MAMAS = Ptosicas, pezón 7.5cm, derecho 27.5cm
ABDOMEN = Acumulos grasa leves y deformidad periumbilical con mas acumulos grasa a la derecha, acumulos grasa en flancos. Excesos moderados de piel en espalda y flacidez de piel en abdomen.
EXTREMIDADES = Hipoplasia Gluteo.
PIEL = Menor vascularización o hiperpigmentación marmorada en flancos post lipo anterior
Resto examen físico en condiciones normales
I. Dx:
① Lipodistrofia                      ④ Ptos Mamaria.
② Deformidades en abdomen post lipo anterior
③ Pigmentación marmorada en flancos.
Conducta: Se remite para interconsulta con el Dr. Jaime Rivera.
FIRMA Y REG. MEDICO:  No 1536072

Dr. Hernán Dario Restrepo  
Medico y Cirujano U. de A.  
R.M. 1513-87  
Cel. 313657072

	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO ULTRASONIDO</b> <small>(EN CUMPLIMIENTO A LA LEY 23 DE 1981, DE LA RESOLUCION 1995 DE 1999 Y DEMAS NORMAS RELACIONADAS CON LA HISTORIA CLINICA)</small>	FECHA	JUN/2011
		VERSIÓN	02
		PÁGINA	1 de 1

DIA: 11 MES: 07 AÑO: 2013

LUGAR: MEDELLIN

Dentro de las normas éticas exigidas al profesional médico en Colombia, se encuentra el deber de informar adecuada y oportunamente a todos sus pacientes los riesgos que puedan derivarse del tratamiento que le será practicado, solicitando su consentimiento anticipadamente.

Por tanto, con el presente documento escrito se pretende informar a usted (y su acompañante si lo hubiere) acerca del procedimiento que se le practicará por lo que se le solicita leer atentamente y llenar de su puño y letra los espacios en blanco

Yo MELISA OTANARO OSORIO, mayor de edad, identificado (a) con C.C.  
 N° 1.452.187.828 de MEDELLIN, residente en la ciudad de MEDELLIN, manera voluntaria y en pleno uso de mis facultades mentales hago constar que:

- 1) Otorgo en forma libre mi consentimiento BIOLASER y al Dr. (a) Hernán Darío Restrepo, R.M. 1513-87 para que por intermedio suyo, me practique el procedimiento en mención.
- 2) Que he sido informado (a) por el médico, que el tratamiento con Ultrasonido consiste en la aplicación de calor en un área específica del cuerpo para que cumpla una función local de desinflamar, moldear realizada por personal entrenado.
- 3) Durante la sesión se puede generar una leve incomodidad, referida como sensación de dolor en el área de tratamiento, eritema y en ocasiones equimosis que generalmente desaparecerá en 24 horas.
- 4) Que se requerirán en promedio de 8 a 10 a sesiones (en ocasiones más) lo cual depende de la respuesta individual de cada organismo
- 5) Se me interrogó acerca de antecedentes que podrían contraindicar o impedir el éxito de la terapia: Herpes, Embarazo.
- 6) Declaro que consciente y suficientemente informada de ello, asumo dichos riesgos y ratifico mi consentimiento.
- 7) Acepto que he comprendido las instrucciones Pre y Pos-Tratamiento impartidas por escrito de cuidados pre y pos tratamiento y me comprometo a llevarlas a cabo y que de no cumplirlas, se puede aumentar la posibilidad de presentar complicaciones o fallas en el resultado.
- 8) El Doctor me ha informado en un lenguaje claro y sencillo. Me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas a satisfacción. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.
- 9) Certifico que toda la información suministrada al médico acerca de mi salud actual y antecedentes es completa y verídica. Que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados por mí antes de mi firma.

**ACEPTACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

Yo, MELISA OTANARO OSORIO con documento N°: 1.452.187.828 bajo pleno uso de mis facultades, y habiendo leído y comprendido esta hoja informativa la cual hace claridad del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, declaro estar debidamente informado/a, según disponen los artículos 8, 9 y 10 de la ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente.  
 Asimismo, he recibido respuesta a todas mis inquietudes y firmo este documento con libre voluntad.

Firma y huella del paciente: MELISA OTANARO OSORIO  
 CC. N° 1.452.187.828

Firma Médico: Hernán Darío Restrepo G.  
 Médico y Cirujano U. de A.  
 R.M. 1513-87  
 Cel. 313 677 46 22  
B/07

Firma y huella del testigo \_\_\_\_\_  
 N° \_\_\_\_\_  
 (EN CASO DE PACIENTE MENOR DE EDAD)

APELLIDOS/NOMBRES: Otañaro Esposito Melissa Andrey.

IDENTIFICACIÓN: 152.187.828

TELÉFONO: 438 1477 -

CELULAR: 31463047-92.

CONTROL Y SEGUIMIENTO

# SESIÓN	FECHA	HORA	TRATAMIENTO	VALOR TOTAL TRATAMIENTO	ABONO	SALDO	FIRMA PACIENTE
1	11-07-13	9:00am	Ultrasonido	\$100.000	\$100.000	-0-	MELISA OTAÑARO
2	12-07-13	2am	Ultrasonido	-0-	-	-	MELISA OTAÑARO
3	15-07-13	9am	Ultrasonido	-0-	-	-	MELISA OTAÑARO
4	17-07-13	9am	Ultrasonido	-0-	-	-	MELISA OTAÑARO
5	19-07-13	9am	Ultrasonido	-0-	-	-	MELISA OTAÑARO
1	22-07-13	4pm	Endomolog	-0-	-0-	-	MELISA OTAÑARO
2	24-07-13	2pm	Endermologia	\$430.000	\$400.000	\$30.000	MELISA OTAÑARO
3	26-07-13	11:30A	Endermolog	-	-	-	MELISA OTAÑARO
4	29/07/13	1:45pm	Endomolog	-	-	-	MELISA OTAÑARO
5	31/07/13	11:45	Endermolog	-	-	-	MELISA OTAÑARO
6	2/08/13	10:30a	Endermol.	-	-	-	MELISA OTAÑARO
7	5/08/13	9:30	Endomolog	-	-	-	MELISA OTAÑARO
8	8/08/13	11-10u	Endermol	-	-	-	Melisa Otañaro
9	12/08/13	10:15 pm	Endomolog	-	-	-	Melisa Otañaro
* 10	11/08/13	11:34pm	Endomolog	-	-	-	Melisa Otañaro
12	24/08/13	11:20	Endermolog	\$437.000	\$100.000	\$337.000	Melisa Otañaro
13	12/09/13	10:00m	Endermolog	\$	\$33.000	-0-	Melisa Otañaro
1	8/09/14	11:00am	Ultrasonido	25.000	-	-	Melisa Otañaro
2	01/09/2014	12 pm	Ultrasonido	25.000	-	-	Melisa Otañaro
3	11/09/14	11 pm	Ultrasonido	25.000	-	-	Melisa Otañaro
4	15/09/14	1 pm	Ultrasonido	30.000	-	-	Melisa Otañaro
5	17/09/14	12 pm	Ultrasonido	20.000	-	-	Melisa Otañaro
6	19/09/14	13 pm	Ultrasonido	25.000	-	-	Melisa Otañaro
7	23/09/14	12 pm	Ultrasonido	25.000	-	-	Melisa Otañaro
8	27/09/14	11 am	Ultrasonido	25.000	-	-	Melisa Otañaro
1	20/10/14	11 am	endermolog	95.000	100.000	A fund \$500	Melisa Otañaro
2	22/10/14	11 pm	Endermolog				Melisa Otañaro
3	24/10/14	11 pm	Endomolog				Melisa Otañaro
4	27/10/14	12 pm	Endermol				Melisa Otañaro
5	31/10/14	10 pm	Endermolog				Melisa Otañaro



# BIOLASER

NOMBRE MELISA STAKARO OSORIO

## SESION DE EVALUACION

FECHA 12/08/13 - ALTURA \_\_\_\_\_ PESO 65 - PESO IDEAL \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ SEXO Fem.

	D.P	S 1	S 8	S 15	S 20	S	S
PESO	65K						
PECHO	98						
CINTURA	76						
CADERA	104						
ABDOMEN ALTO	76						
ABDOMEN BAJO	85						
MUSLO DERECHO	92						
MUSLO IZQUIERDO	92						
RODILLA DERECHA	40						
RODILLA IZQUIERDA	40						

## EVALUACION FOTOGRAFICA

NÚMERO DE FOTOGRAFIAS \_\_\_\_\_

SESION Nº																			
FECHA																			

SESION Nº																			
FECHA																			

SESION Nº																			
FECHA																			

SESION Nº																			
FECHA																			

	<b>RIESGOS Y COMPLICACIONES DE LIPOPLASTIA</b>	VERSION	01
		FECHA	OCT/2010

**NOMBRE** MELISA OTAVARO OSORA **FECHA** 03/sep/2014

**RIESGOS PROPIOS DEL PROCEDIMIENTO:** La Lipoplastia, al igual que cualquier otro procedimiento médico-quirúrgico, tiene riesgos, complicaciones y secuelas inherentes.

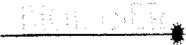
- Dolor
- Hematomas y/o equimosis (morados)
- Anemia
- Hiperpigmentación de la piel (Manchas)
- Cicatrices inestéticas: hipertróficas y/o queloideas (Cicatrización inadecuada)
- Seromas (Acumulación de líquidos)
- Linfedema: Hinchazón, acumulación de líquidos
- Infección
- Empastamiento
- Bronconeumonias
- Trombo embolismos
- Insatisfacción del paciente

Los fumadores tienen gran predisposición a una mala cicatrización, dehiscencia de suturas y necrosis de piel

Además de los anteriores cualquier otro imprevistos ó no descritos.

Acepto que he leído y comprendido las posibles complicaciones del tratamiento.

MELISA ANDREA OTAVARO OSORA  
 Firma y Cédula del paciente 1.152.187.828

	<b>RIESGOS Y COMPLICACIONES DE MASTOPEXIA (LEVANTAMIENTO DE SENOS)</b>	VERSION	03
		FECHA	OCT/ 2010

**NOMBRE** Melisa Ojalvaro Osonio **FECHA** sep 10/2014

**RIESGOS PROPIOS DEL PROCEDIMIENTO:** La mastopexia o levantamiento de las mamas es una cirugía segura, siempre y cuando se cumpla con las recomendaciones exigidas. Sin embargo, como en cualquier procedimiento siempre pueden existir complicaciones y riesgos asociados.

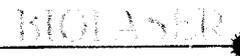
- Dolor
- Edema (Hinchazón)
- Hematomas (la sangre acumulada).
- Anemia Crónica
- Infección.
- Dehiscencia de sutura (Abertura de los puntos)
- Necrosis de piel (piel muerta)
- Asimetrías (Desigualdad)
- Los pezones poco sensibles, e incluso, sin sensibilidad.
- Seromas (Acumulo de líquidos)
- La contractura capsular (la cicatriz interna que se forma alrededor del implante se contrae en exceso, haciendo que la mama se vuelva más dura).
- Extrusión de la prótesis (Salida de la prótesis)
- Hemotórax (aire en el pulmón)
- Cicatrices inestéticas: hipertróficas y/o queloideas (Cicatrización inadecuada)
- Complicaciones propias de la anestesia.
- Puede verse afectada la capacidad de dar de mamar
- Las mamas cambiarán ante los estímulos hormonales normales, el embarazo o los cambios de peso.
- Trombos a pulmón de grasa o de sangre)
- Muerte
- Insatisfacción del paciente

Los fumadores tienen gran predisposición a una mala cicatrización, dehiscencia de suturas y necrosis de piel

Además de los anteriores cualquier otro imprevistos ó no descritos.

Acepto que he leído y comprendido las posibles complicaciones del tratamiento.

Melisa Ojalvaro Osonio  
 Firma y Cédula del paciente 1.152.187.828

	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO GENERAL CIRUGÍA</b> <small>(EN CUMPLIMIENTO A LA LEY 23 DE 1981, DE LA RESOLUCION 1995 DE 1999 Y DEMAS NORMAS RELACIONADAS CON LA HISTORIA CLINICA)</small>	CODIGO	GCCIC002
		FECHA	JUL/2014
		VERSIÓN	03
		PÁGINA	1 de 1

DIAS: 03 MES: 09 AÑO: 2014 LUGAR: Medellin

Dentro de las normas éticas exigidas al profesional médico en Colombia, se encuentra el deber de informar adecuada y oportunamente a todos sus pacientes los riesgos que puedan derivarse del tratamiento que le será practicado, solicitando su consentimiento anticipadamente.  
 Por tanto, con el presente documento escrito se pretende informar a usted (y su acompañante si lo hubiere) acerca del procedimiento que se le practicará por lo que se le solicita leer atentamente y llenar de su puño y letra los espacios en blanco.

Yo Melisa Otalvaro Osorio de 24 años de edad, identificado con C.C.  
 No. 1.152.187.828 de Medellin

Declaro que:

1) El Dr. (a) Hernan Domo Restrepo con R.M. 1513-87 y el Dr. (a) Diego Franco con R.M. 1150-13 me han suministrado información suficiente, en lenguaje claro, sencillo, sobre el procedimiento denominado:

que he solicitado por mi propia voluntad.

2) Me ha sido explicado en qué consiste el procedimiento, su naturaleza y propósito Mejorar aspecto corporal.

También me ha informado las ventajas, molestias y riesgos que pueden producirse, así como las posibles alternativas de utilizar otros métodos.

3) Previamente me ha interrogado sobre posibles contraindicaciones y me han sido explicadas a satisfacción las implicaciones, consecuencias y sus complicaciones más frecuentes como Edema, Hematoma, Equimosis, Dolor, Enrojecimiento, Sobre infección y se me ha explicado de los efectos adversos poco probables o de imposible previsión como: Ver anexo 08.09

4) Acepto que he comprendido las instrucciones de los cuidados Pre y Pos-Tratamiento entregados por escrito, la fórmula médica con el teléfono del cirujano, y me comprometo a llevarlas a cabo y entiendo que de no cumplirlas, se puede aumentar la posibilidad de presentar complicaciones o fallas en el resultado.

5) Se me han entregado los deberes y derechos del usuario y me han dado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas a satisfacción.

6) Se me ha informado plenamente que no se me garantiza en el 100% los resultados que se esperan del procedimiento, pues existe un porcentaje variable de eventos en los que la respuesta según cada individuo, puede ser más favorable en unos que en otros, ya que la actividad médica es de medio y no de resultado.

7) Quedo enterado que mi médico tratante no asumirá ningún costo de retoques, honorarios de otros médicos, especialistas o procedimientos alternos de los que eventualmente llegare a requerir, derivado de las complicaciones, riesgos y limitaciones en los resultados estéticos del tratamiento pactado.

8) Autorizo me sean tomadas fotos para ser utilizadas en la historia clínica, investigación y publicaciones académicas.

9) Autorizo la publicación de mis fotos en la página Web, redes sociales. SI  NO

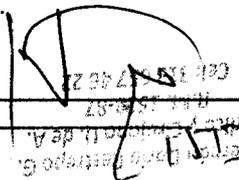
10) He leído y comprendido perfectamente lo anterior. Todos los espacios en blanco han sido completados por mí antes de mi firma y certifico que me encuentro en pleno uso de mis facultades mentales y con libertad de expresar mi voluntad. Y por ello manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance, los riesgos, complicaciones y limitaciones del tratamiento.

**ACEPTACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

Yo, Melisa Otalvaro Osorio con documento N°: 1.152.187.828 bajo pleno uso de mis facultades, y habiendo leído y comprendido esta hoja informativa la cual hace claridad del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, declaro estar debidamente informado/a, según disponen los artículos 8, 9 y 10 de la ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente.

Asimismo, he recibido respuesta a todas mis inquietudes y firmo este documento con libre voluntad.

Firma y huella del paciente: Melisa Otalvaro Osorio  
 C.C. N° 1.152.187.828

Firma Médico:   
 R.M. N° 1513-87

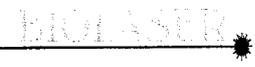
Firma y huella del testigo \_\_\_\_\_  
 N° \_\_\_\_\_

Sep 03 2014 10:09 AM.

- Me han explicado que el procedimiento que he solicitado sera realizado por un equipo quirúrgico que consta de un cirujano plastico Diego Franco y un medico cirujano Hernan dario Restrepo. Ademas de los riesgos, complicaciones y limitaciones en los resultados estéticos del procedimiento. Me han entregado las instrucciones pre y post operatorias, entiendo y asumo voluntariamente todo por lo que firmo las hojas de consentimiento y riesgos adjuntas.

Melisa Andrea Atalvaro Osorio

C.C. 1152167276

	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO ULTRASONIDO</b>	FECHA	JUN/2011
	(EN CUMPLIMIENTO A LA LEY 23 DE 1981, DE LA RESOLUCION 1995 DE 1999 Y DEMAS NORMAS RELACIONADAS CON LA HISTORIA CLINICA)	VERSIÓN	02
		PÁGINA	1 de 1

DIA: 8 MES: 09 AÑO: 2014

LUGAR: Medellin

Dentro de las normas éticas exigidas al profesional médico en Colombia, se encuentra el deber de informar adecuada y oportunamente a todos sus pacientes los riesgos que puedan derivarse del tratamiento que le será practicado, solicitando su consentimiento anticipadamente.

Por tanto, con el presente documento escrito se pretende informar a usted (y su acompañante si lo hubiere) acerca del procedimiento que se le practicará por lo que se le solicita leer atentamente y llenar de su puño y letra los espacios en blanco

Yo Melisa Otalvaro Osoño, mayor de edad, identificado (a) con C.C. N° 1.152.187.878 de Medellin, residente en la ciudad de Medellin, manera voluntaria y en pleno uso de mis facultades mentales hago constar que:

- 1) Otorgo en forma libre mi consentimiento BIOLASER y su profesional Nely Ferrar O' Registro 5-1343-04 para que por intermedio suyo, me practique el procedimiento en mención.
- 2) Que he sido informado (a) por el médico, que el tratamiento con Ultrasonido consiste en la aplicación de calor en un área específica del cuerpo para que cumpla una función local de desinflamar, moldear realizada por personal entrenado.
- 3) Durante la sesión se puede generar una leve incomodidad, referida como sensación de dolor en el área de tratamiento, eritema y en ocasiones equimosis que generalmente desaparecerá en 24 horas.
- 4) Que se requerirán en promedio de 8 a 10 a sesiones (en ocasiones más) lo cual depende de la respuesta individual de cada organismo
- 5) Se me interrogó acerca de antecedentes que podrían contraindicar o impedir el éxito de la terapia: Herpes, Embarazo.
- 6) Declaro que consciente y suficientemente informada de ello, asumo dichos riesgos y ratifico mi consentimiento.
- 7) Acepto que he comprendido las instrucciones Pre y Pos-Tratamiento impartidas por escrito de cuidados pre y pos tratamiento y me comprometo a llevarlas a cabo y que de no cumplirlas, se puede aumentar la posibilidad de presentar complicaciones o fallas en el resultado.
- 8) El Doctor me ha informado en un lenguaje claro y sencillo. Me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas a satisfacción. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.
- 9) Certifico que toda la información suministrada al médico acerca de mi salud actual y antecedentes es completa y verídica. Que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados por mí antes de mi firma.

**ACEPTACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

Yo, Melisa Otalvaro Osoño con documento N°: 1.152.187.878 bajo pleno uso de mis facultades, y habiendo leído y comprendido esta hoja informativa la cual hace claridad del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, declaro estar debidamente informado/a, según disponen los artículos 8, 9 y 10 de la ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente.

Asimismo, he recibido respuesta a todas mis inquietudes y firmo este documento con libre voluntad.

Firma y huella del paciente: Melisa Otalvaro Osoño  
C.C. N° 1.152.187.878

Firma Médico: \_\_\_\_\_  
R.M. N° \_\_\_\_\_

Firma y huella del testigo \_\_\_\_\_  
N° \_\_\_\_\_  
(EN CASO DE PACIENTE MENOR DE EDAD)

## **Ecografía Mamaria**

FECHA : JUNIO 4 DE 2013  
PACIENTE : MELISA ANDREA OTALVARO OSORIO  
ENTIDAD : CORTESIA CC 1152187828

Con transductor de alta resolución entre 8 y 10 Mhz con técnica de contacto.

Se realizo ecografía mamaria en forma comparativa y por cuadrantes.

El tejido fibroglandular es denso, simétrico, homogéneo sin áreas de distorsión.

Mama derecha: Se observa ganglio axilar ovalado con hilio hiperecogenico de carateristicas normales de 7.2 x 3.6 mm, quiste simple ovalado de 5 x 2.5 mm a las 12 h periareolar

No se demostraron lesiones sólidas dominantes.  
Planos musculares conservados

Mama izquierda: Se observa quiste simple redondeado de 3 x 2.2 mm a las 10h y a 2 cms de la areola, zona fibroquistica de 14.9 x 15.9 mm a las 12 h y a 1 cms de la areola ( BI RADS III)

No se demostraron lesiones sólidas dominantes.  
Planos musculares conservados

CONCLUSIÓN: MASTOPATIA FIBROQUISTICA BILATERAL

CATEGORIA BI RADS III

SE RECOMIENDA BIOPSIA Y ESTUDIO HISTOLOGICA DE ZONA FIBROQUISTICA MAMA IZQUIERDA



OSCAR ALEJANDRO BONILLA  
GINECOLOGO

M.A.F.



# LABORATORIO CLÍNICO "LA 67" - CITOLOGÍAS

<b>Paciente</b>	MELISA ANDREA OTALVARO OSORIO
<b>Doctor</b>	C.C.# 1.152.187.828
<b>Fecha</b>	JUNIO 4/13

CENTRO MÉDICO "LA 67" Kra. 67 No. 112-19 TEL: 464 00 34 MEDELLÍN

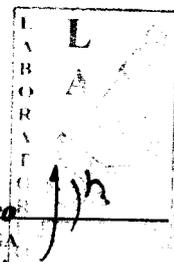
## HEMOLEUCOGRAMA

VALORES NORMALES

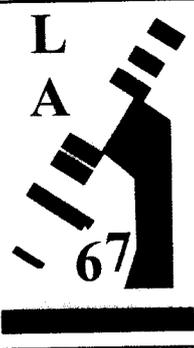
✓ HEMOGLOBINA: 14 GR/dl	12-16 gr/dl
✓ HEMATOCRITO: 42%	36-48%
✓ SEDIMENTACIÓN: 13 mm/hr	0-20 mm/H
✓ PLAQUETAS: 400.000/mm <sup>3</sup>	150000-400000/mm <sup>3</sup>
✓ NEUTRÓFILOS: 60%	45-65%
✓ LINFOCITOS: 36%	30-40%
✓ EOSINÓFILOS: 4%	1-5%
✓ BASÓFILOS: 0%	0-2%
✓ MONOCITOS: 0%	3-8%
✓ GLÓBULOS BLANCOS: 7.500/mm <sup>3</sup>	4500-10000/mm <sup>3</sup>
✓ MORFOLOGÍA DE GLÓBULOS ROJOS:	NORMAL

<u>OTROS EXÁMENES:</u> V.C.M.: 95FL	86-96 F1
H.C.M.: 32Pg	25-31 Pg
C.H.C.M.: 34Gr/dl	32-38 gr/dl

*Diana Patricia Ramírez Botero*  
 Reg. 76249998 BACTERIOLOGA  
 BACTERIOLOGA Y LAB. CLINICA  
 COLEGIO MAYOR DE ANTIOQUIA  
 C.C.# 43.096.474 de Med



L  
A  
B  
O  
R  
A  
T  
O  
R  
I  
O



**LABORATORIO CLÍNICO "LA 67" - CITOLOGÍAS**

<b>Paciente</b>	MELISA ANDREA OTALVARO OSORIO
<b>Doctor</b>	C.C.# 1.152.187.828
<b>Fecha</b>	JUNIO 4/13

**CENTRO MÉDICO "LA 67" Kra. 67 No. 112-19 TEL: 464 00 34 MEDELLÍN**

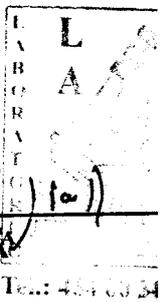
**MUESTRA** SUERO

**EXAMEN** T.S.H

**RESULTADO** / T.S.H.: 3,68 mUI/ml

VALOR NORMAL: 0,40 a 4,0 mUI/ml

*Diana Patricia Ramírez Botero*  
Reg. 762470-96  
BACTERIOLOGA BACTERIOLOGA  
COLEGIO MAYOR DE ANTIQUÍA



Tel.: 464 00 34

L  
A  
B  
O  
R  
A  
T  
O  
R  
I  
O



655  
**LABORATORIO CLÍNICO "LA 67" - CITOLOGÍAS**

<b>Paciente</b>	MELISA ANDREA CTALVARO OSORIO
<b>Doctor</b>	C.C.# 1.152.187.828
<b>Fecha</b>	JUNIO 4/13

**CENTRO MÉDICO "LA 67" Kra. 67 No. 112-19 TEL: 464 00 34 MEDELLÍN**

**MUESTRA** PLASMA

**EXAMEN** T.P., T.P.T

**RESULTADO**

- T.P.: 10,4 seg
- ✓ CONTROL: 10,6 seg
- ✓ VALOR NORMAL: 10 a 14 seg

IN R.: 0,96

- ✓ T.P.T. 25,1 seg
- ✓ CONTROL: 25,4 seg
- VALOR NORMAL: 25 a 43 seg

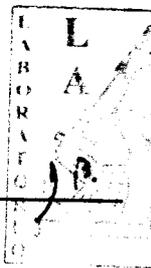
**Diana Patricia Ramírez Botero**

Reg. 762479-96

BACTERIOLOGA Y LAB. CLÍNICA  
BACTERIOLOGA  
COLEGIO MAYOR DE ANTIQUÍA

C.C.#43.096.474 de Med

Tel.: 464 00 34



L  
A  
B  
O  
R  
A  
T  
O  
R  
I  
O



LABORATORIO CLÍNICO "LA 67" - CITOLOGÍAS

<b>Paciente</b>	MELISA ANDREA OTALVARO OSORIO
<b>Doctor</b>	C.C.# 1.152.187.828
<b>Fecha</b>	JUNIO 4/13

CENTRO MÉDICO "LA 67" Kra. 67 No. 112-19 TEL: 464 00 34 MEDELLÍN

**MUESTRA**

SUERO

**EXAMEN**

CREATININA,, B-H.C.G

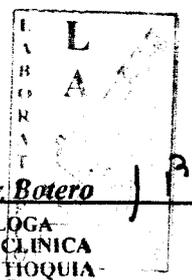
VALOR NORMAL:

**RESULTADO**

/ CREATININA: 0,76 mg/dl

0,60 a 1,1 mg/dl

/ P. I. E.: N E G A T I V A.



*Diana Patricia Ramírez Botero*

Reg. BACTERIOLOGA  
BACTERIOLOGA Y LAB. CLINICA  
COLEGIO MAYOR DE ANTIOQUIA

C.C.# 43.096.474 de Med Tel: 464 00 34



## BIOPSIA DE MAMA DIRIGIDA POR ECOGRAFIA

**NOMBRE:** MELISA ANDREA OTALVARO OSORIO

**IDENTIFICACION:** 1152187828

**FECHA:** 17 DE JUNIO DE 2013

MAMA IZQUIERDA: SE LOCALIZA PLACA FIBROQUISTICA EN EL CUADRANTE SUPEROEXTERNO IZQUIERDO CON FOCO DE ADENOSIS QUE GENERA UNA LIGERA ASIMETRIA DE 8 mm A LA CUAL SE LE TOMAN LAS MUESTRAS. TOMANDO 3 MUESTRAS CALLENDO TODAS ENTRE LA LESION.

PREVIA ASEPSIA, ANESTESIA LOCAL Y BAJO VISION ECOGRAFICA SE REALIZA BIOPSIA CON AGUJA CORTANTE No 14 Y DISPOSITIVO DE ALTA VELOCIDAD.

SE DEJA APOSITO COMPRESIVO.

NO HAY COMPLICACIONES DURANTE EL PROCEDIMIENTO.

SE LE DAN INSTRUCCIONES A LA PACIENTE PARA QUE LLEVE LA MUESTRA AL SERVICIO DE PATOLOGÍA Y LA RECLAME POSTERIORMENTE PARA LLEVÁRSELA A SU MEDICO TRATANTE.

Medicina Fetal S.A.S.  
Calle 7 No. 39 - 290 Cons. 802  
Cra. 20 No. 2 Sur 185 Cons. 1013 Sede el Tesoro

**EDUARDO SERNA AGUDELO**  
GINECOLOGÍA-MASTOLOGIA



LABORATORIO  
DE PATOLOGIA  
Y CITOLOGIA

Dr. Ricardo Anibal Mesa Cock

B13-3237

FECHA INGRESO: 17-06-2013  
PACIENTE: MELISA ANDREA OTALVARO OSORIO  
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1152187828  
PROCEDENCIA: PARTICULARES  
TELEFONO: 4381477

FECHA SALIDA: 19-06-2013  
EDAD: Sin dato  
HISTORIA:  
DESTINO: RECLAMA

Remitente: PARTICULAR  
Organo: MAMA

**DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA:**

3 Fragmentos de tejido lumbricoide el mayor de 0.9cm de longitud, color amarillo y crema.

SBT

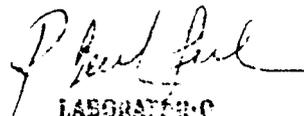
**DESCRIPCIÓN MICROSCÓPICA:**

Análisis microscópico realizado.

**DIAGNÓSTICO:**

MAMA IZQUIERDA; (BIOPSIA POR TRUCUT):  
-ENFERMEDAD FIBROQUISTICA BENIGNA.  
-NO EXISTE EVIDENCIA DE MALIGNIDAD EN LOS CORTES EXAMINADOS.

DR. RICARDO ANIBAL MESA COCK . REG. 4067  
MÉDICO PATÓLOGO(A)

  
LABORATORIO  
DE PATOLOGIA Y CITOLOGIA  
Dr. Ricardo Anibal Mesa Cock

---

Cra. 50A No. 64-65 - Torre Consultorios Clínica Prado - Cons. 402  
PBX : 2638214-2121688 Telefax :2111263  
Medellín

	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO ENDERMOLÓGIA</b>		CODIGO	
	(EN CUMPLIMIENTO A LA LEY 23 DE 1981, DE LA RESOLUCION 1995 DE 1999 Y DEMAS NORMAS RELACIONADAS CON LA HISTORIA CLINICA)		FECHA	JUN/2013
			VERSIÓN	03
			PÁGINA	1 de 1

DIA: 20 MES: 10 AÑO: 2014

LUGAR: Medellin

Dentro de las normas éticas exigidas al profesional médico en Colombia, se encuentra el deber de informar adecuada y oportunamente a todos sus pacientes los riesgos que puedan derivarse del tratamiento que le será practicado, solicitando su consentimiento anticipadamente.

Por tanto, con el presente documento escrito se pretende informar a usted (y su acompañante si lo hubiere) acerca del procedimiento que se le practicará por lo que se le solicita leer atentamente y llenar de su puño y letra los espacios en blanco

Yo Melisa Otalvaro Osorio, mayor de edad, identificado (a) con CC N° 1.152.187.828 de Medellin, residente en la ciudad de Medellin, de manera voluntaria y en pleno uso de mis facultades mentales hago constar que:

- 1) Otorgo en forma libre mi consentimiento a BIOLASER y su profesional Nelly Ferraro, Registro 5-134204 para que por intermedio suyo, me practique el procedimiento en mención.
- 2) Que he sido informado (a) que el tratamiento con Endermologie consiste en una técnica no invasiva, aplicada en una amplia superficie del cuerpo, inclusive mayor que el área a tratar, para que cumpla una función de descongestionar, drenar, moldear, y mejorar la condición de la piel, es realizada por personal entrenado, con una duración de 35 minutos.
- 3) Durante la sesión se puede generar una leve incomodidad, referida como sensación de dolor en el área de tratamiento, eritema y en ocasiones equimosis que generalmente desaparecerá sin tratamiento e insatisfacción.
- 4) Que se requerirán en promedio de 10 a 20 sesiones (en ocasiones más) lo cual depende de la respuesta individual de cada organismo, por lo tanto puede haber variaciones y limitaciones en los resultados del tratamiento
- 5) Se me interrogó acerca de antecedentes que podrían contraindicar o impedir el éxito de la terapia: Herpes, Embarazo, carcinomas o trastornos vasculares.
- 6) Declaro que consciente y suficientemente informada de ello, asumo dichos riesgos y ratifico mi consentimiento.
- 7) Acepto que he comprendido las instrucciones Pre y Pos-Tratamiento impartidas por escrito de estos cuidados y me comprometo a llevarlas a cabo y que de no cumplirlas, se puede aumentar la posibilidad de presentar complicaciones o fallas en el resultado.
- 8) El profesional me ha informado en un lenguaje claro y sencillo. Me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas a satisfacción. Estoy satisfecho con la información recibida, comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.
- 9) Certifico que toda la información suministrada al profesional acerca de mi salud actual y antecedentes es completa y verídica. Que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados por mí antes de mi firma.
- 10) Se me ha informado que la duración del tratamiento tendrá un término máximo de tres meses, transcurrido este tiempo cesará la responsabilidad médica y el compromiso económico adquirido para la realización del tratamiento.

**ACEPTACIÓN DEL PROCEDIMIENTO, RIESGOS, COMPLICACIONES, LIMITACIONES EN LOS RESULTADOS, INSTRUCCIONES Y CUIDADOS PRE Y POST TRATAMIENTO**

Yo, Melisa Otalvaro Osorio con documento N°: 1.152.187.828 bajo pleno uso de mis facultades, y habiendo leído y comprendido estas hojas informativas las cuales hacen claridad del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, declaro estar debidamente informado/a, según disponen los artículos 8, 9 y 10 de la ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente.

Asimismo, he recibido respuesta a todas mis inquietudes y certifico que me fueron entregadas las instrucciones y cuidados post tratamiento por escrito por lo cual firmo este documento con libre voluntad.

Firma y huella del paciente: Melisa Otalvaro  
C.C. N° 1.152.187.828

Firma del profesional: [Signature]  
R.M. N° 15/13/02

Firma y huella del testigo \_\_\_\_\_  
N° \_\_\_\_\_

L  R  
TC3099 350g  
REF TC3099350  
SN 20120828KK27  
 LOT 20120903  
**REFINEX**

L  R  
TC3099 350g  
REF TC3099350  
SN 20120829KK05  
 LOT 20120903  
**REFINEX**



**RV: Dictamen Pericial proceso 05001310301620180008000**

Juzgado 16 Civil Circuito - Antioquia - Medellin &lt;ccto16me@cendoj.ramajudicial.gov.co&gt;

Mar 01/06/2021 10:03

**Para:** Maria Alejandra Cuartas Lopez <mcuartal@cendoj.ramajudicial.gov.co> 2 archivos adjuntos (9 MB)

Dictamen Pericial Dr. Hernando Pérez.pdf; Hoja de Vida Dr. Hernando Pérez.pdf;

**Verónica Tamayo Arias**Secretaria  
Juzgado 16 Civil Circuito de Oralidad de Medellín  
Seccional Antioquia-Chocó [ccto16me@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:ccto16me@cendoj.ramajudicial.gov.co) Teléfono: +57-2 32 25 20 C.A. 52-42-73 Piso 13 Of. 1310 Medellín-Antioquia

---

**De:** Nelson J. Alzate G. <nejoalgo@hotmail.com>**Enviado:** viernes, 28 de mayo de 2021 3:16 p. m.**Para:** Juzgado 16 Civil Circuito - Antioquia - Medellin <ccto16me@cendoj.ramajudicial.gov.co>**Asunto:** Dictamen Pericial proceso 05001310301620180008000

Señor

Juez 16 Civil del Circuito

E. S. D.

Por medio del presente me permito radicar dictamen pericial rendido por el Cirujano Plástico Dr. Hernando Pérez.

Con el acostumbrado y debido respeto del señor Juez.

Apoderado

Biolaser

28 de Mayo del 2021

Señores:

Juzgado (16) dieciséis

Circuito de Medellín

Medio de control: verbal y escrita de responsabilidad

Demandante: Melisa Andrea Otalvaro

Demandado: Hernan Dario Restrepo Gutiérrez y biolaser I.P.S Medellín-Antioquia

Ref: Dictamen Pericial.

Hernando Pérez Camargo identificado con cédula de ciudadanía 79.506.804 de Bogotá D.C; en mi calidad de médico especialista en cirugía plástica reconstructiva y estética y especialista en derecho médico con registro médico número 2914 del 2011, después de evaluar la historia clínica de la atención de la paciente Melisa Andrea Otalvaro Osorio identificada con cédula de ciudadanía 1.152.187.828 en la I.P.S Biolaser S.A.S en la ciudad de Medellín-Antioquia con domicilio Calle 7 # 39-290 consultorio 1201.

I.P.S Biolaser S.A.S

Nit 900315439-7

fecha de matricula 1- octubre del 2009

Procedo a rendir:

Bajo gravedad de juramento, prometo dar mi opinión con la mayor idoneidad, independencia e imparcialidad.

### **Objetivo del dictamen**

Se me ha solicitado, evaluar la atención a la paciente Melisa Andrea Otalvaro Osorio en la I.P.S Biolaser S.A.S. Ubicado en la ciudad de Medellín con domicilio Medellín-Antioquia.

## Pruebas objetivas de soporte

1. Anexo certificado de la cámara de comercio de Medellín-Antioquia.
2. Anexo distintivo de habilitación de servicios medicina general 328
  - a. Código y nombre del prestador 0500111014 – Biolaser S.A.S
  - b. Código y nombre de la sede 050011101401- Biolaser
  - c. Grupo de servicio consulta externa número de habilitación es dhs095694
3. Anexo distintivo de habilitación de servicio de fisioterapia número único del distintivo de habilitación es de servicio DHS 095697.
4. Anexo distintivo cirugía plástica y estética número único del distintivo de habilitación de servicios DHS 095696
5. Anexo foto de tarjeta profesional de Nelly del socorro ferrano Hernández en calidad de fisioterapeuta y de Hernán Darío Restrepo como médico tratante.
6. Anexo historia clínica de Melisa Andrea Otalvaro Osorio donde fue atendida por el Dr. Hernán Darío Restrepo con los diferentes controles por parte del mismo.

A continuación, resumo parte de la historia clínica.

- 10/05/2013 : Atención inicial en I.P.S biolaser , donde se diagnostica lipodistrofia.
- 02/07/2013: Cita para definir cirugía y evaluar los exámenes médicos.
- 09/07/2013: Se realiza procedimiento de liposucción y mastopexia en la clínica nova.
- 11/07/2013 - 15/07/2013 y 17/07/2013 Citas controles por parte del Dr. Hernan dario Restrepo.
- 22/07/2013: Cita control con el Dr. Jaime Rivera, donde evidencia leve secreción areola derecha.
- 26/07/2013: Se inicia manejo por parte del Dr. Hernán Darío Restrepo por dehiscencia de sutura.
- 31/07/2013- 05/08/2013 y 15/08/2013 controles por parte del Dr. Hernán dario Restrepo
- 15/10/2013 - 18/10/2013- 21/10/2013 y 24/10/2013: Paciente no asiste a control
- 25/10/2013: paciente asiste a control y se sugiere revisión de la cicatriz periareolar bilateral.
- 17/12/2013: paciente con buena evolución y se sugiere nuevamente corrección de cicatriz y bichectomia.
- 29/04/2014: Se registra buena evolución.

- 04/08/2014: Consulta la paciente con el Dr. Restrepo se decide una nueva corrección de cicatriz y un a liposucción y ordena consulta con Dr. cirujano plástico Dr. Diego Armando franco.
- 03/09/2014: se realiza cita Dr. cirujano plástico para liposucción y mastopexia procedimiento que se realizo 03/09/2014 .
- Se realizaron múltiples controles en septiembre y octubre y controles y curaciones por rechazo de suturas.

Anexo los diferentes controles de postoperatorios hechos por parte de la fisioterapeuta:

El Post operatorio de manejo adecuado para liposucción es drenaje, masajes y aparatología

- Postoperatorios los días 14,15,17,19,22,26,29,31de julio del 2013.
- Postoperatorios 5-12-15-28 de agosto del 2013
- Postoperatorios 12-sep 2013 termina post operatorio en buenas condiciones
- 15-17-19-23-25-septiembre 2014 post operatorio en control y 20,22,27,31 de octubre-2014 termina los postoperatorios en buenas condiciones generales.

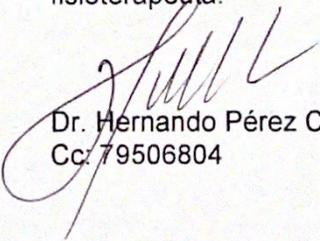
### **Conclusión**

Con los documentos anexados y relación al dictamen pericial me permito dar mi opinión:

La I.P.S biolaser ubicada en Medellín –Antioquia con domicilio calle 7no 39-290 con nit 900315439-7. Donde fue atendida Melisa Andrea Otalvaro Osorio, cuenta con las diferentes acreditaciones necesaria para ejercer, dadas por la secretaria de salud del departamento de Antioquia; así mismo, con la habilitación de consulta externa de medicina general, fisioterapia, y de consulta de cirugía plástica.

Dado lo anterior, considero que la I.P.S Biolaser cuenta con la documentación necesaria para ejercer las practicas acreditadas previamente mencionadas, de igual forma cuenta con protocolos de atención necesarios para la acreditación por la secretaria de salud del departamento.

Por lo que la conducta dada por el Dr. Hernán Dario Restrepo fue acertada al dar interconsulta con cirugía plástica, así como el manejo postoperatorio dado por la fisioterapeuta.

  
Dr. Hernando Pérez Camargo.  
Cc: 79506804



**Dr. HERNANDO PEREZ CAMARGO.**  
**CEDULA DE CIUDADANIA NO 79.506.804 DE BOGOTA**  
**RM 570-97. COLOMBIA.**  
**DNI ARGENTINO 94.247.716.**  
**RM ARGENTINO 135230**  
**AV CALLE 24 NO 51-40 COSUL 416**  
**CODIGO DE HABILITACION 1100010347001**  
**CIRUJANO PLASTICO RECONSTRUCTIVO Y ESTETICO.**  
**MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL**  
**RM 2914.**  
**ASOCIACION ESPAÑOLA DE CIRUJANOS DE LA MAMA.**  
**AECIMA NO 122.**  
**SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL-HUILA-**  
**RESOLUCION 0570.**  
**VERIFICACION MEDICO Y CIRUJANO.ESP.CIRUGIAPLASTICA**  
**NO AB222D7F06**  
**RETHUS**  
**TELEFONO 4057520-4825075**  
**CELULAR 322 8475812 - 3107797933**  
**[Drhernandoperezcirujano@hotmail.com](mailto:Drhernandoperezcirujano@hotmail.com).**

**[www.hernandoperezcirujano.com](http://www.hernandoperezcirujano.com)**  
**[www.esteticamedicadianasofia.com](http://www.esteticamedicadianasofia.com)**

**ESTUDIOS REALIZADOS.**

**TITULO PROFESIONAL.           MEDICO Y CIRUJANO  UNIVERSIADAD METROPOLITANA DE  
BARRANQUILLA.ATLANTICO 17 SEP 1996**

**AÑO DE INTERNADO           HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA- AGOSTO 01-1996  
BOGOTÁ-CUNDINAMARCA.**

**AÑO  RURAL:                   HOSPITAL PITALITO-HUILA 2007.**

**- MINISTERIO DE EDUCACION ARGENTINA HOMOLOGACION  
TITULO MEDICO Y CIRUJANO RESOLUCION 1256(12-08-2010).**

**- MINISTERIO DE EDUCACION Y CIENCIA Y SECRETARIA GENERAL TECNICA.  
HOMOLOGACION :MEDICO Y CIRUJANO  
DECRETO 285/2004 DE 20 DE FEBRERO  
EXPEDIDA EN MADRID –ESPAÑA 25-05-2007  
SERIE 0350417     2007/H05634.**

## **PERFIL PROFESIONAL.:**

**PERFIL PERSONAL.:** SOY UNA PERSONAL CON CUALIDADES HUMANAS POR LA CUAL ME PERMITE TENER UNA GRAN RESPONSABILIDAD CON MI HOGAR Y CON MI FAMILIA. LE DOY GRACIAS A DIOS CADA DIA PARA TENER UN COMPROMISO TOTAL CON MIS PACIENTES INDEPENDIENTEMENTE DE SU RAZA, RELIGION Y DE SU CONDICION SOCIAL. ESTO LO HE LOGRADO ATRAVES DE MIS ESTUDIOS Y MI PREPARACION COMO PROFESIONAL DE LA SALUD.

**A**

## **ESTUDIOS REALIZADOS.**

**1--UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES ARGENTINA 2009.  
TITULO MEDICO ESPECIALISTA EN CIRUGIA PLASTICA RECONSTRUCTIVA-ESTETICA.**

**2-UNIVERSIDAD EL ROSARIO SEPTIEMBRE 22 DEL 2020  
TITULO DERECHO MEDICO SANITARIO**

**3- SIMPOSIO INTERNACIONAL PEDICULO EN MAMOPLASTIA ONCOPLASTIA CONSERVADORA DE LA MAMA –ACADEMIA COLOMBIANA DE CIRUGIA PLASTICA RECONSTRUCTIVA Y ESTETICA DR BENIGNO ACEA, DR MIGUEL ANGEL RODRIGO CUCALON, DR DR ROBERTO MOLTO DIAS 3 Y 4 DE JUNIO DE BOGOTA COLOMBIA 2013**

**4-ESPECIALIZACION EN TECNICAS ONCOPLASTICAS Y RECONSTRUCTIVAS DE LA MAMA FEBRERO Y MAYO 2013 HOSPITAL DE ABENTE Y LAGO DEL COMPLEXO**

**HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA -ESPAÑA**

**5 -CURSO DE ESPECIALIZACION EN CIRUGIA ONCOPLASTICA Y RECONSTRUCTIVA  
HOSPITAL ABENTE Y LAGO DE A CORUÑA MAYO 2013**

**6 -CERTIFICATE OF ATTENDANCE DR HERNANDO PEREZ HAS PARTICIPATED AS A  
SPEAKER IN THE 17th IPRAS WORLD CONGRESS HELD IN SANTIAGO-CHILE, FROM  
24TH FEBRUARY TO 1ST MARCH ,2013**

**7--CURSO DE ESPECIALIZACION- TECNICAS ONCOPLASTICAS Y RECONSTRUCTIVAS  
DE LA MAMA HOSPITAL ABENTE Y LAGO DE A CORUÑA ESPAÑA -A CORUÑA  
2013.**

**8--CURSO “ SEGUNDA JORNADA DE MAMOPLASTIA DE REDUCCION CIRUGIA EN  
DIRECTO” AECIMA –HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESAS-ESPAÑA  
ZARAGOZA 2013**

**9--XIX CONGRESO FEDERACION IBEROAMERICANA DE CIRUGIA PLASTICA FILACP  
XVII CURSO INTERNACIONAL DE CIRUGIA PLASTICA ESTETICA DE LA SCCP  
RECONSTRUYAMOS LA ESTETICA 23 AL 26 DE MAYO 2012.**

**10 -DIPLOMADO CIRUGIA PLASTICA ESTETICA ABDOMINAL DURACION 300HORAS  
ENERO 22 A MARZO 22 DEL 2010 DR MELVIS A SHIFFMAN DR CELSO ET  
GUETEAUX.**

**11-CLINICA JURI 12 DE OCTUBRE AL 16 DE OCTUBRE 2009CURSO INTENSIVO DE  
CIRUGIA PLASTICA TEL 54-11-48018368707**

**12-CLINICA JURI 24/8/2009/AL 28/08/2009 CURSO INTENSIVO DE CIRUGIA PLASTICA.  
BSAS.**

**13 -CLINICA JURI 25/08/2009AL 29-08/2008 CURSO INTENSIVO DE CIRUGIA PLASTICA  
BSAS.**

**14-TESIS DE GRADO LASER EN CIRUGIA PLASTICA Y ESTETICA SEPTIEMBRE 2009.**

**15-CENSA-ISES.DOCENTE DELPROGRAMA EN COSMETOLOGIA Y**

**ESTETICA, CORPORAL REGICFES483210000-3511100101400 AGOSTO 1998**

**16 - ACADEMIA COLOMBIANA DE LA MEDICINA Y CIRUGIA ESTETICA.  
TEL 2575776.**

**DIPLOMADO EN MEDICINA ESTETICA TEORICO Y PRACTICO EN CIRUGIA DE  
SENOS CLINICA LAFONT 2006. INTENSIDAD DE 600 HORAS.**

**17 -DIPLOMADO EN ABDOMINOPLASTIA INTENSIDAD 300 HORAS AVALADO POR  
EL PAIS MEXICO REALIZADO EN PEREIRA COLOMBIA.**

**18-CONGRESO DE CIRUGIA DE SENOS.DR ALCYRIL RIBERIO BRASIL.  
PEREIRA-COLOMBIA  
2010.**

**19- DIPLOMADO EN ESTÉTICA-MEDIA-2005  
CORPORACIÓN INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCACIÓN SOCIAL. ISES  
PERSONERIA JURIDICA: 2028-1982  
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL.**

**20-CURSO DEL TOL-BOX EN ESTETICA MEDICA.ALMIRANTE COLON 2006.**

**21- CURSO TEORICO –PRACTICO DEL USO RESTTYLANE, BOTOX 2007-09-05.**

**PARTICIPACIÓN COMO PROVEDOR DEL CURSO DE REANIMACIÓN BÁSICO Y  
AVANZADO (BLS Y ACLS)  
UNIVERSIDAD EL BOSQUE 2011**

**- CURSO DE ELECTROCARDIOGRAFIA CLINICA-I LUSTRAMED  
OCTUBRE 3-25 – NOVIEMBRE 7-2003  
BOGOTÁ**

**EXPERIENCIA LABORAL.:**

**ME MUNDO ESTETICO NIT 40.778.836-5  
TEL 4057520 AV CALLE 24 # 51 – 40 – CAPITAL TOWER  
CIRUJANO PLASTICO RECONSTRUCTIVO Y ESTETICO**

**CLINICA DAVINCHI LTDA CIRUGIA PLASTICA Y ESTETICA  
KR7C NO 127-09  
TEL: 6143868 BOGOTA.**

**CLINICA- LAFONT BOGOTA. TEL 5938150-3178342165.**

**CLINICA INNOVA CIRUGIA PLASTICA Y ESTETICA  
CALL90 NO 16-29 PISO 3.  
TELEFONO 6234901**

**UNIDAD QUIRURGICA Y ESTETICA SANESA  
CARRERA 71 No. 127-11  
TEL. 2715191**

**CLINICA INOVATTION  
CELULAR 31247544688  
CIRUGIA ESTETICA  
TRANSV. 24 No. 82-41 – POLO CLUB  
TEL. 6223309-3124754688**

**CLINICA UROCAQ  
FLORENCIA –CAQUETA. TERL 3107797933**

**UNIDAD MÉDICA DEL TRAUMA.  
AUTOPISTA NORTE 103-19.  
TEF 6185055.**

**E.P.S SANITAS  
MEDICO FAMILIAR  
TELEFONO: 6449000 Ext. 2182  
2001 HASTA 2003**

**E.P.S SANITAS 2001 AL 2003  
CLINICENTRO SANITAS  
MEDICO URGENCIAS  
TELEFONO: 5708055**

**SALUD TOTAL  
MEDICO URGENCIAS- UAP-NORTE  
7-11-2001 1-2-2004 Bogotá**

**-SERVICIO DE AMBULANCIAS TRANSMEDICA-BOGOTA  
COLOMBIA**

**CLINICA FEDERMAN  
MEDICO URGENCIAS  
2004 Bogotá**

**ESIMED- CAFESALUD  
2 PERIODOS  
1997-1998- PITALITO HUILA  
200-2001 Bogotá**

**HOSPITAL SAN ANTONIO  
TELEFONO: 362711  
1996-1999- PITALITO -HULA**

**HOSPITAL POLICIA NACIONAL  
MEDICO URGENCIAS  
2000-2002  
Bogotá**

**OTROS**

- CURSO DE IMPLANTES
- FACIALES BOTOX DYSPORT
- TECNICA DE MILES RUSOS
- LIFTINFACIAL

- HIDROXPROATITA DE CALCIO
- TECNICAS DE COLOCACIÓN ÁCIDO HIALURONICO.

-

#### RECOMENDACIONES.

LUZ ANGELICA MEDELLIN  
JEFE EN ENFERMERIA EN AUDITORIA MEDICA  
TEL: 3045463982

KATERIN MEDELLIN  
ABOGADA  
TEL: 3222236999

DR FELIPE COIFFMAN  
ASOCIACION MÉDICA DE LOS ANDES.AMA  
AV CRA 9 N0 116-20  
TEL 2151504 6030303

CAMILO HOWARD ANESTESIOLOGO-UNIVERSIDAD JAVERIANA BOGOTA -COLOMBIA  
TELEFONO 3208333919.  
DR ROBERTO TORREGROSA  
CIRUJANO PLASTICO  
CELULAR 3204392037 .

DR JUSTO GERMAN OLAYA RAMIREZ.  
CIRUJANO-GENERAL-MASTOLOGO  
CELU 3153234495

DR CESAR REDONDO  
ORTOPEDISTA TEL3107796913

.

**DRA MARIA CONSUELA CARRANZA –CIRUJANA PLASTICA.  
CLINICA INNOVA -CIRUJANO PLASTICO.MIEMBRO ACTIVO DE LA SOCIEDADA COLOMBIANA DE  
CIRUGIA PLASTICA. TEL 3114808233**

**DR LAZARO ARANGO  
OTORRINOLARINGOLO TEL 6121280  
TEL: 315497380-BOGOTA**

**DRA. LINA VALERO - CIRUJANA PLASTICA.  
CLINICA LAFON  
TEL: 315 331 2932**

**DR HERNANDO PEREZ CAMARGO.  
CC 79.506804 BOGOTA.  
RM 2914.**

REPÚBLICA

ARGENTINA

Universidad de Buenos Aires  
Facultad de Medicina

El Rector de la Universidad y el Decano de la Facultad

Declaran: *Herminia Vera* *Emmarga* *guendola* *Universitaria*, *Metropolitana de* *Charriguella* - *Colombia* -  
*natural de* *Colombia* ha terminado el 3 de agosto de 2009 los estudios

correspondientes a la carrera de *Medicina Especialista en Ginecología Obstétrica* así como en las materias de *ginecología* *de la especialidad en la Especialidad Organizada*

De acuerdo a lo declarado con la *deposición* en esta Universidad de *especialistas*

el presente título de *Medicina Especialista en Ginecología Obstétrica*  
Buenos Aires 11 de junio de 2010

*Herminia Vera*

Prof. Emelio Alonso BUZZI  
Decano

Guillermo M. Recanatiglia  
Secretario Administrativo

1-1  
*Ruben E. Hallu*  
RUBEN E. HALLU  
RECTOR

*Carlos E. Muñoz Veliz*  
CARLOS E. MUÑOZ VELIZ  
SECRETARIO GENERAL

*Marta K. P. de Castro*  
MARTA K. P. DE CASTRO  
MEMBRAS DE LA JUNTA DIRECTIVA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 2914

11 ABR. 2011  
( )

MINISTERIO DE EDUCACIÓN  
NACIONAL  
Unidad de Atención al Ciudadano

CERTIFICA

Que la presente fotocopia fue  
comparada con la original y es  
auténtica

Fecha 11 ABR 2011

Firma

Por medio de la cual se resuelve una solicitud de convalidación  
**LA DIRECTORA DE CALIDAD PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR**

en ejercicio de sus atribuciones legales y en especial las que le confiere el Decreto 5012 de 2009 y las Resoluciones No.2763 del 13 noviembre de 2003 y No.972 del 27 de febrero de 2009.

**CONSIDERANDO:**

Que HERNANDO PÉREZ CAMARGO, ciudadano colombiano, identificado con cédula de ciudadanía No.79.506.804, presentó para su convalidación el título de MÉDICO ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PLÁSTICA, otorgado el 11 de junio de 2010 por la UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES, ARGENTINA, mediante solicitud radicada en el Ministerio de Educación Nacional con el No. 2010ER104580-33955/10.

Que además presenta el título de MÉDICO Y CIRUJANO, otorgado el 19 de julio de 1996 por la UNIVERSIDAD METROPOLITANA, Barranquilla, Colombia.

Que además presenta el certificado de rotaciones en CIRUGÍA GENERAL, otorgado en el mes de diciembre de 2005 por la UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES, Argentina.

Que de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 5012 de 2009, corresponde al Ministerio de Educación Nacional convalidar los títulos de educación superior otorgados por instituciones de educación superior extranjeras de acuerdo con las normas vigentes.

Que en virtud del artículo 3º de la Resolución 5547 del 1º de diciembre de 2005, uno de los criterios aplicables para efectos de la convalidación de títulos de educación superior otorgados por instituciones extranjeras, es el de *Caso similar*, el cual establece que "Cuando el título que se somete a convalidación, corresponda a un programa académico que hubiera sido evaluado con anterioridad por el Ministerio de Educación Nacional o el ICFES, se resolverá aplicando la misma decisión que en el caso que sirve como referencia. Para tal efecto, deberá tratarse del mismo programa académico, ofrecido por la misma institución y con una diferencia entre las fechas de otorgamiento de los dos títulos que no podrá exceder los ocho (8) años."

Que en un caso similar al considerado en el presente acto administrativo, el Ministerio de Educación Nacional, mediante resolución No.2623 del 5 de abril de 2011, convalidó un título otorgado el 11 de junio de 2010, por la misma universidad y correspondiente al mismo programa académico, previa evaluación de la Comisión Nacional Intersectorial de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior – CONACES.

Que con fundamento en las anteriores consideraciones y después de haber estudiado la documentación presentada, se concluye que es procedente la convalidación solicitada.

En mérito de lo expuesto,

**RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO.-** Convalidar y reconocer para todos los efectos académicos y legales en Colombia, el título de MÉDICO ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PLÁSTICA, otorgado el 11 de junio de 2010 por la UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES, ARGENTINA, a HERNANDO PÉREZ CAMARGO, ciudadano colombiano, identificado con cédula de ciudadanía No.79.506.804, como equivalente al título de de ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PLÁSTICA, RECONSTRUCTIVA Y ESTÉTICA, que otorgan las instituciones de educación superior colombianas de acuerdo con la Ley 30 de 1992.

2014

Continuación de la Resolución por la cual se resuelve la solicitud de convalidación de HERNANDO PÉREZ CAMARGO

**PARÁGRAFO.-** La convalidación que se hace por el presente acto administrativo no exime al profesional beneficiario del cumplimiento de los requisitos exigidos por las normas que regulan el ejercicio de la respectiva profesión.

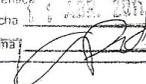
**ARTÍCULO SEGUNDO.-** La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición y contra la misma procede el recurso de reposición, que debe ser presentado dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación de conformidad con el Código Contencioso Administrativo.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE**

Dada en Bogotá D. C., a los **11 ABR. 2011**

**LA DIRECTORA DE CALIDAD PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR.**

  
EVA JANETTE PRADA GRANDAS

MINISTERIO DE EDUCACIÓN  
NACIONAL  
Módulo de Atención al Ciudadano  
  
CERTIFICA  
  
Que la presente fotocopia fue  
comparada con la original y es  
auténtica  
Fecha **11 ABR 2011**  
Firma 

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL  
NOTIFICACIÓN  
**11 ABR. 2011**  
FECHA  
COMPARECió Hernando Pérez Camargo  
REPRESENTANTE LEGAL \_\_\_\_\_ APODERADO \_\_\_\_\_  
INSTITUCIÓN \_\_\_\_\_  
RESOLUCIÓN No. 2914/2011  
FIRMA NOTIFICADO [Handwritten Signature]  
NOTIFICADOR 79506304

pal  
Galgp



EN NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA  
CON AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION  
**LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA**  
DE BARRANQUILLA COLOMBIA

HABIENDO SIDO COMPLETADOS POR NUESTRO ALUMNO

**HERNANDO PEREZ CAMARGO**

C.C.No. 79.506.804 de Bogotá D.E.

TODOS LOS ESTUDIOS Y PRACTICAS REQUERIDOS POR NUESTROS  
ESTATUTOS UNIVERSITARIOS LE OTORGA EL TITULO DE

**MEDICO Y CIRUJANO**

EN CONSTANCIA DE ELLO SE FIRMA Y REFRENDA  
CON EL SELLO MAYOR DE LA UNIVERSIDAD

*Hernando Pérez Camargo*  
VICE RECTOR

RECTOR

*Hernando Pérez Camargo*  
Nueva (H) Abril 11/197

SECRETARIA DE EDUCACION  
DEPARTAMENTAL

ANOTADO AL FOLIO 9 DEL LIBRO L/96  
DE REGISTRO DE DIPLOMA M-0205

19 DEL MES de Julio DEL AÑO 1996

# UNIVERSIDAD METROPOLITANA

## CIENCIAS DE LA SALUD

Acta de Grado: Programa **MEDICINA**

Código: A-44-2436-96

Otorgada a: **HERNANDO PEREZ CAMARGO**  
C.C. No. 79.506.804 de Bogotá D.E

En Barranquilla a los 19 días del mes de julio de 1.996 el Consejo Directivo, el Rector de la Universidad Metropolitana y su Vice-Rector, Decano de División, Directores de Programa de Medicina, Bacteriología, Fisioterapia, Enfermería, Psicología, Odontología, Trabajo Social, Nutrición y Dietética, Filosofía y Letras y Fonaudiología en presencia de su cuerpo docente se reúnen en el Salón de Actos de la Institución para, en uso de sus facultades estatutarias que le han sido conferidas por el Ministerio de Educación del Gobierno de Colombia, otorgar grado Académico al alumno del programa de: **MEDICINA**  
Después de la toma del juramento el Señor Rector entregó el Diploma de:

### MEDICO Y CIRUJANO

Que dice así:

EN NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA, CON AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE BARRANQUILLA COLOMBIA HABIENDO SIDO COMPLETADOS POR NUESTRO ALUMNO: **HERNANDO PEREZ CAMARGO** TODOS LOS ESTUDIOS Y PRACTICAS REQUERIDOS POR NUESTROS ESTATUTOS UNIVERSITARIOS

LE OTORGA EL TITULO DE:

**MEDICO Y CIRUJANO**

EN CONSTANCIA DE ELLO SE FIRMA Y REFRENDA CON EL SELLO MAYOR DE LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA.

Tras de felicitar a los graduados se dio por clausurado el Acto de Grado siendo las 7:00 p.m. del día 19 de julio de 1996

  
Eduardo Acosta Bendek  
Rector

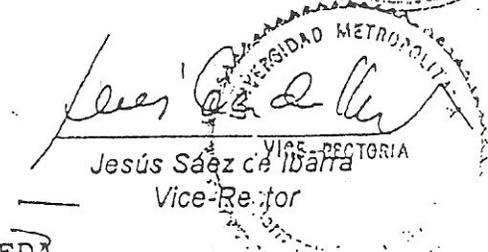
  
Decanato  
Facultad de  
Medicina

FERNANDO VASQUEZ OJEDA

EL NOTARIO SEGUNDO DEL CIRCULO DE PITALITO DA FE QUE ESTA COPIA FOTOGRAFICA ES REAL Y A UN DOCUMENTO ORIGINAL QUE TUVO A LA VISTA.

11 ABO. 1998

  
NOTARIA SEGUNDA DE PITALITO

  
UNIVERSIDAD METROPOLITANA  
VICE-RECTORIA

Jesús Sáez de Ibarrá  
Vice-Rector





GOBERNACION DEL CAQUETA  
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD

REGISTRO No. PRO2663

Nombre: HERNANDO PEREZ CAMARGO

Documento No. 79506804

Diploma No. 0205

Universidad: UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE BARRANQUILLA

Florencia 20/06/2006

GOBERNACION DEL HUILA  
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

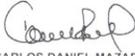


Nombres: HERNANDO  
Apellidos: PEREZ CAMARGO  
Documento: CC 79506804 de BOGOTA D.C  
Resolución Autorización : 0570  
Fecha: 11/04/1997  
SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD



LA SECRETARIA DE SALUD DEL HUILA  
HACE CONSTAR

Que: HERNANDO PEREZ CAMARGO  
Ha cumplido con los requisitos legales para ejercer como  
MEDICO Y CIRUJANO -Esp. en CIRUGIA PLASTICA



CARLOS DANIEL MAZABEL  
CÓRDOBA  
Secretario de Salud  
Codigo de Verificación : AB222207F06



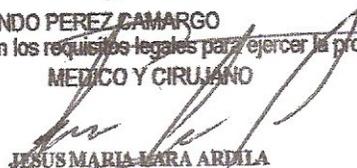
LUCY AMPARO  
SOLANO ANDRADE  
Profesional Universitario

*Para verificar la autenticidad del presente documento, deberá ingresar a registros departamentales, hacer clic con el cursor en el ítem "Consultar resoluciones autorizaciones".*

MA 29/08/13

**LA DIRECCION DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL  
DE SALUD DEL CAQUETA  
HACE CONSTAR**

**QUE : HERNANDO PEREZ CAMARGO**  
Ha cumplido con los requisitos legales para ejercer la profesión de  
**MEDICO Y CIRUJANO**

  
**JESUS MARIA LARA ARZOLA**  
Director



Libertad y Orden  
Ministerio de la Protección Social  
República de Colombia

# CIRUGIA PLASTICA Y ESTETICA



Nº 321739



En caso de cualquier inquietud con este servicio comuníquese con la Secretaría  
Distrital de Salud al teléfono: (1) 3649090

Línea gratuita de atención al ciudadano: 018000-910097



Libertad y Orden  
Ministerio de la Protección Social  
República de Colombia

## MEDICINA GENERAL



Nº 220223



En caso de cualquier inquietud con este servicio comuníquese con la Secretaria  
Distrital de Salud al teléfono (1) 3649090

Línea gratuita de atención al ciudadano: 018000-910097

PROF. DR. FELIPE COIFFMAN  
ASOCIACIÓN MÉDICA DE LOS ANDES, AMA  
Av. Cra. 9 N° 116 - 20. Cons. 301-A  
Teléfonos : 215 1504; 603 0303  
215 2300 Ext. 1301 - Fax. (571) 214 5177  
Email : fecoiffman@yahoo.com  
Bogotá, 10, Colombia, S.A.

HOSPITAL UNIVERSITARIO  
FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ  
SECCIÓN DE CIRUGÍA PLÁSTICA

Bogotá, 13-V-11

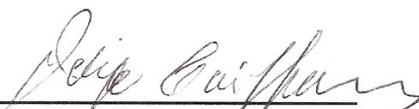
**EL SUSCRITO MEDICO  
CERTIFICA:**

Que conoce al Dr. Hernando Pérez, médico egresado de la Universidad Metropolitana de Barranquilla. Realizó su especialización en cirugía plástica en la Universidad de Buenos Aires, Argentina.

El Dr. Pérez está vivamente interesado en ingresar a la Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica. Es persona inteligente y muy responsable.

Se permite recomendarlo de manera especial.

Atentamente,

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. FELIPE COIFFMAN, FACS

FC/mv



# SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION - SCARE

FONDO ESPECIAL PARA AUXILIO SOLIDARIO DE DEMANDAS - FEPASDE

**Socio Solidario**

**21-01 3894**

Digito de Chequeo: 17

(Elaboracion) 16/5/2011

CIUDAD Y FECHA:		Hernando Perez Camargo		79.506.804	
NOMBRE:	Medicina	C.C.	DE	Cirurgia plastica	
PROFESION:	CALLE 152 No. 72-50 CASA 22	ESPECIALIDAD:	7590857		
DIRECCION RESIDENCIA:	CARRERA 71 No. 127-11	TEL:	4805500		
DIRECCION LABORAL:	Bogota D.C.	TEL:	14/04/2011		
CIUDAD:	X	FECHA VINCULACION:	X		
MODALIDAD APORTES:	NINGUNO	MTSA PLAN	5 7 10	Otros	ESPECIFIQUE
CONVENIO:					

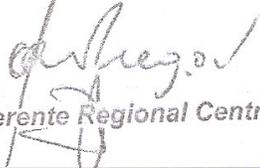
La Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación - SCARE, certifica que el titular arriba indicado tiene la calidad de Socio Solidario, de conformidad con el artículo 14 de los Estatutos, cuya última Reforma fue aprobada por la Resolución No. 0555 del 20 de Febrero de 1998 expedida por el Ministerio de Salud y dentro de los parámetros del reglamento de su Fondo Especial Solidario de Demandas FEPASDE, que regulan la afiliación; dentro de lo cual se destacan entre otros aspectos:

**PRIMERO:** EL SOCIO SOLIDARIO, realizará los aportes no reembolsables, de acuerdo con la tabla de aportes de la SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION, en las fechas preestablecidas, so pena de suspensión o pérdida de los beneficios que el Reglamento del FEPASDE le otorga en su calidad de Socio Solidario.

**SEGUNDO:** EL SOCIO SOLIDARIO, declara conocer y acepta íntegramente las condiciones contenidas en el Reglamento del Fondo Especial para Auxilio Solidario de Demandas FEPASDE, el cual forma parte integrante del presente documento y se compromete a sujetarse al mismo, así como también acepta las modificaciones posteriores que sean aprobadas de conformidad con los estatutos de la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación, sin que para ello sea necesario la notificación personal de las mismas.

**TERCERO:** LA SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION, a través del Fondo se compromete para con el SOCIO SOLIDARIO a dar apoyo jurídico y económico, de acuerdo a las condiciones establecidas en los estatutos y Reglamento del Fondo Especial para Auxilio Solidario de Demandas y posteriores modificaciones, haciendo parte integrante del mismo, ante eventuales acciones legales derivadas de la Responsabilidad por el ejercicio de actos propios de las profesiones de la salud realizadas del SOCIO SOLIDARIO.

**CUARTO:** La Validez y eficacia del vínculo del SOCIO SOLIDARIO, está condicionada a la veracidad de información descrita en la Solicitud de ingreso y por ende cualquier inexactitud u ocultamiento generará automáticamente y sin requerimiento previo, la pérdida de todos los beneficios en su calidad de SOCIO SOLIDARIO.

  
Gerente Regional Centro

Firma Autorizada SCARE FEPASDE

Firma SOCIO SOLIDARIO

*Dra. Samira Solano Arevalo*

---

Bogotá DC 7 de Marzo de 2012.

**Señores:**

**SOCIEDAD COLOMBIANA DE CIRUGIA PLASTICA  
La Ciudad**

Respetados señores:

Por medio de la presente me permito recomendar al doctor **HERNANDO PÉREZ CAMARGO** identificado con cedula de ciudadanía numero 79.506.804 de Bogotá, a quien conozco desde hace dos (2) años. Durante este tiempo siempre se ha distinguido por ser un profesional responsable y digno de toda confianza.

Cordialmente,



Dra. SAMIRA SOLANO A.  
Cirujana General y Plástica  
R.M. 25-487  
C.C. 32.731.832 Barranquilla

**Dra. Samira Solano Arévalo**  
**Cirujana Plástica**

**Miembro de número 531 de S.C.C.P**  
**CC 32.731.832 de Barranquilla**  
**RM 25-487**

---

Bogota 18 de Julio de 2011

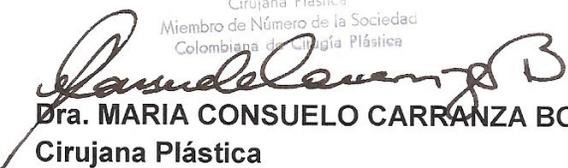
Señores  
**SOCIEDAD COLOMBIANA DE CIRUGIA PLASTICA**  
La Ciudad

Respetados Señores;

Por medio de la presente me permito recomendar al Doctor **HERNANDO PEREZ CAMARGO** identificado con Cedula de Ciudadanía No. 79.506.804 de Bogota, a quien conozco desde hace dos (2) años. Durante este tiempo siempre se ha distinguido por ser un profesional responsable y digno de toda confianza.

Cordialmente,

Dra. Ma. Consuelo Carranza  
Cirujana Plástica  
Miembro de Número de la Sociedad  
Colombiana de Cirugía Plástica

  
**Dra. MARIA CONSUELO CARRANZA BOTIA.**

**Cirujana Plástica**

**Miembro de Número de SCCP.**

C.C. 39.685.171 De Bogota

6 23 49 01 – 311 480 82 33



Ministerio de Educación

"2010-Año del Bicentenario de la Revolución de Mayo"

RESOLUCION Nº **1256** SPU

BUENOS AIRES, **09 AGO 2010**



VISTO el expediente Nº 575/09 del Registro de este Ministerio, y

CONSIDERANDO:

Que por las actuaciones señaladas, el señor Hernando PÉREZ CAMARGO, de nacionalidad colombiana, solicitó la convalidación de su título de MÉDICO Y CIRUJANO, expedido por la UNIVERSIDAD METROPOLITANA de la REPÚBLICA DE COLOMBIA, a los efectos del ejercicio profesional en nuestro país.

Que en materia de reconocimiento de títulos universitarios es de aplicación, en el caso de Colombia, el Convenio de Reconocimiento Mutuo de Certificados, Títulos y Grados Académicos de Educación Primaria, Media y Superior entre el Gobierno de la REPÚBLICA ARGENTINA y el Gobierno de la REPÚBLICA DE COLOMBIA, ratificado por Ley Nº 24.324, vigente desde el 3 de abril de 1995.

Que por Resolución Nº 252/03, se estableció un mecanismo de aplicación para el reconocimiento de títulos extranjeros emitidos en países que poseen convenios de reconocimiento mutuo con la REPÚBLICA ARGENTINA.

Que este Ministerio ha incluido en el procedimiento sobre reconocimiento de títulos extranjeros dispuesto por la Resolución Ministerial Nº 252 de fecha 21 de febrero de 2003, el Acuerdo suscrito con la REPÚBLICA DE COLOMBIA.

Que la documentación acompañada, debidamente verificada, resulta suficiente para acreditar los estudios realizados, el título otorgado en el país de origen y la identidad de la persona a favor de quien se expidió el mismo.

Que por Resolución SPU Nº 933 de fecha 18 de noviembre de 2008 se designó a la Comisión Disciplinaria de Expertos de la Carrera de MEDICINA, que tuvo a su cargo la evaluación de las solicitudes de convalidación de títulos extranjeros presentados oportunamente ante la DIRECCIÓN NACIONAL DE GESTIÓN UNIVERSITARIA.

S. MEDICINA  
SECRETARÍA DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN NACIONAL DE GESTIÓN UNIVERSITARIA





Ministerio de Educación

"2010-Año del Bicentenario de la Revolución de Mayo"

RESOLUCIÓN Nº 1256 SPU



Que, asimismo, el artículo 10 de la mencionada resolución contempla en el procedimiento utilizar como antecedente decisorio el dictamen aplicado a un título similar, otorgado por la misma Universidad y con el mismo plan de estudios.

Que la presente solicitud tiene como antecedente el caso correspondiente al señor Armando Rafael GARCÍA HOLGUÍN, quien por Resolución SPU Nº 383 de fecha 6 de octubre de 2009, obtuvo la aprobación de lo aconsejado por la precitada Comisión, la que determinó que el título de MÉDICO Y CIRUJANO guarda una razonable equivalencia con el título de MÉDICO que otorgan las Universidades Argentinas.

Que en consecuencia, en el presente caso corresponde aplicar la Resolución SPU Nº 383/09, aprobatoria del dictamen de la Comisión Disciplinaria de Expertos de fecha 15 de diciembre de 2008, referente al título de MÉDICO Y CIRUJANO, expedido por la UNIVERSIDAD METROPOLITANA de la REPÚBLICA DE COLOMBIA, a favor del señor Hernando PÉREZ CAMARGO, de nacionalidad colombiana (Pasaporte Nº CC 79506804 colombiano y D.N.I. Nº 94.247.716 argentino).

Que ha tomado la intervención que le corresponde la DIRECCIÓN NACIONAL DE GESTIÓN UNIVERSITARIA, dependiente de la SECRETARÍA DE POLÍTICAS UNIVERSITARIAS.

Que la DIRECCIÓN GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS ha emitido el dictamen de su competencia.

Que la presente medida se dicta en uso de las facultades conferidas por la Resolución Ministerial Nº 833 del 8 de septiembre de 2000.

*[Handwritten signature]*

COPIA  
DIE NORA MADRIGAL  
DEPARTAMENTO DE ASUNTOS ADMINISTRATIVOS  
E INFORMÁTICA PÚBLICA  
UNIDAD DE ASUNTOS JURÍDICOS  
MINISTERIO DE EDUCACIÓN

Por ello,

EL SECRETARIO DE POLÍTICAS UNIVERSITARIAS

RESUELVE:

ARTÍCULO 1º.- Otorgar al título de MÉDICO Y CIRUJANO, expedido por la UNIVERSIDAD METROPOLITANA, de la REPÚBLICA DE COLOMBIA, a favor del señor Hernando PÉREZ CAMARGO, de nacionalidad colombiana (Pasaporte Nº CC 79506804 colombiano y D.N.I. Nº 94.247.716 argentino), idéntica validez

*[Handwritten signature]*





Ministerio de Educación

“2010-Año del Bicentenario de la Revolución de Mayo”



nacional y alcances que al título de MÉDICO otorgado por una Universidad Argentina debidamente reconocida.

ARTÍCULO 2º.- La convalidación del título al que se refiere el artículo anterior se otorga sin perjuicio de las normativas que el interesado debe cumplir para el ejercicio profesional en la REPÚBLICA ARGENTINA, lo que se hará constar en el anverso del título original.

ARTÍCULO 3º.- La DIRECCIÓN NACIONAL DE GESTIÓN UNIVERSITARIA arbitrará los medios para asentar lo resuelto en el título original del solicitante, previa inscripción en el Registro de Títulos.

ARTÍCULO 4º.- Regístrese, comuníquese y notifíquese al interesado de conformidad con los términos y alcances previstos en el artículo 40 del Decreto N° 1759/72 (t.o. 1991), Reglamentario de la Ley N° 19.549 y cumplido, archívese.

RESOLUCION Nº **1256** SPU

**ALBERTO DIBERNI**  
SECRETARIO DE POLÍTICAS UNIVERSITARIAS  
MINISTERIO DE EDUCACION

COPIA

Dra. Nora M. LADOUSSE  
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA  
E INFORMACIÓN AL PÚBLICO

12 AGO 2010



MINISTERIO DE EDUCACIÓN  
Y CIENCIA



SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA  
SUBDIRECCIÓN GENERAL DE TÍTULOS, CONVALIDACIONES Y HOMOLOGACIONES

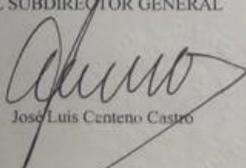
De conformidad con lo dispuesto en el Real Decreto 285/2004, de 20 de febrero, por el que se regulan las condiciones de homologación y convalidación de títulos y estudios extranjeros de educación superior (BOE de 4 de marzo), la Sra. Ministra de Educación y Ciencia ha acordado:

Que el título de Médico Cirujano, obtenido por D. HERNANDO PEREZ CAMARGO, de nacionalidad colombiana, en la Universidad Metropolitana, Barranquilla (Colombia), quede **homologado** al título universitario oficial español de Licenciado en Medicina, con los mismos efectos de éste en todo el territorio nacional.

En su virtud, esta Subdirección General de Títulos, Convalidaciones y Homologaciones expide la presente credencial, que acredita los efectos de dicha homologación desde su fecha de expedición.

Madrid, 25 de mayo de 2007

EL SUBDIRECTOR GENERAL

  
José Luis Centeno Castro

0350417 / 2007/1105634

SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA



SERVIZO  
GALEGO  
de SAÚDE

Complexo Hospitalario Universitario  
A Coruña

José Manuel Vázquez Rodríguez

Coordinador de Docencia, Investigación e Innovación del Complejo Hospitalario Universitario A Coruña  
Acredita que

**Don Hernando Pérez Camargo**

Registro Médico 2914-11

Ha superado los estudios correspondientes organizados por el Hospital Abente y Lago de A Coruña (España) según el programa que figura al dorso para esta acreditación de

**ESPECIALIZACION EN TECNICAS ONCOPLASTICAS  
Y RECONSTRUCTIVAS DE LA MAMA**

que acredita haber seguido con aprovechamiento las 64 horas lectivas durante la Octava Promoción realizada entre Febrero de 2013 y Mayo de 2013 en el Hospital Abente y Lago del Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (España)

Este Curso ha sido acreditado por el Sistema Acreditador de Formación Continuada de Profesiones Sanitarias con 12,3 créditos (Expediente nº 11-0051-11/0002-A)

Dado en A Coruña (España), a 14 de Mayo de 2013

El/La interesado/a

José Manuel Vázquez Rodríguez  
Coordinador de Docencia, Investigación e Innovación

Benigno Acea Nebriil  
Director del Curso

Número de Expediente 11-0051-11/0002-A



**UNIVERSIDAD DEL ROSARIO**  
Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario - 1653

POR CUANTO HERNANDO PEREZ CAMARGO CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 79506804  
HA CUMPLIDO CON TODOS LOS REQUISITOS EXIGIDOS POR ESTE COLEGIO MAYOR, CURSANDO Y APROBANDO EL CORRESPONDIENTE PROGRAMA ACADÉMICO, LE  
CONFIERE EL TÍTULO DE:

**ESPECIALISTA EN DERECHO MÉDICO SANITARIO**

REGISTRADO BAJO EL N° 65987 FOLIO 194 LIBRO 45 Y REFRENADO POR LA SECRETARÍA GENERAL DEL COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO  
EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C., REPÚBLICA DE COLOMBIA, A LOS VEINTICUATRO (24) DÍAS DEL MES DE SEPTIEMBRE DE DOS MIL VEINTE (2020).

  
El Rector

  
El Vice Rector

  
El Decano



