Nombre del estudio _____

Consentimiento para contorno corporal

Esto toma unos cuatro minutos. Tus respuestas van a tu estudio y tu especialista las lee antes de tu primera sesión.

Sobre ti

Tu nombre
Nombre

Apellido

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

Celular

Correo electrónico

Contacto de emergencia

Tus sesiones

Zonas que te gustaría tratar

☐ Abdomen ☐ Costados de la cintura ☐ Espalda ☐ Parte superior de los brazos ☐ Muslos
☐ Glúteos ☐ Debajo de la barbilla

Preguntas de salud

Estas preguntas son política del propio estudio. Ayudan a tu especialista a planear una cita segura. No son consejo médico: si tienes una duda sobre tu salud o tus medicamentos, pregúntale a tu médico.

¿Estás embarazada o amamantando?

☐ Sí ☐ No

¿Tienes un marcapasos, un desfibrilador, una bomba de insulina, un neuroestimulador, un implante coclear u otro aparato electrónico implantado?

☐ Sí ☐ No

¿Cuál?

¿Tienes metal en o cerca de las zonas a tratar, como placas, tornillos, una prótesis de articulación o un DIU de cobre?

☐ Sí ☐ No

¿Qué y dónde?

¿Tienes implantes de senos, glúteos u otros, o relleno, en o cerca de las zonas a tratar?

☐ Sí ☐ No

¿Qué y dónde?

¿Te han hecho una cirugía o un procedimiento estético en las zonas a tratar en los últimos 6 meses (incluida la liposucción o la abdominoplastia)?

☐ Sí ☐ No

¿Qué y cuándo?

¿Tienes una condición del corazón o presión alta que no esté controlada?

☐ Sí ☐ No

Cuéntanos un poco más.

¿Has tenido un coágulo, o tienes várices en las zonas a tratar?

☐ Sí ☐ No

Cuéntanos un poco más.

¿Tomas anticoagulantes, o aspirina, ibuprofeno o aceite de pescado con frecuencia?

☐ Sí ☐ No

¿Cuáles?

¿Tienes una hernia en o cerca de las zonas a tratar?

☐ Sí ☐ No

¿Tienes adormecimiento o menos sensibilidad en las zonas a tratar (por ejemplo por diabetes o daño en los nervios)?

☐ Sí ☐ No

¿Estás en tratamiento contra el cáncer o lo estuviste en el último año?

☐ Sí ☐ No

Cuéntanos un poco más, solo lo que quieras compartir.

¿Tienes alguna condición de la piel en o cerca de las zonas a tratar, como eczema, psoriasis, rosácea, dermatitis o una herida o sarpullido abierto?

☐ Sí ☐ No

¿Qué es?

¿Tienes epilepsia o alguna condición que cause convulsiones?

☐ Sí ☐ No

¿Algo más sobre tu salud que deba saber tu especialista?

Lo que aceptas

Qué esperar

Aquí el contorno corporal significa un aparato que se usa sobre la piel, como radiofrecuencia, vacío o estimulación muscular. Mi especialista me dice qué aparato y qué ajustes va a usar, y puedo pedir que se detenga o que baje la intensidad en cualquier momento.

Iniciales

Riesgos

Puedo sentir calor, hormigueo, jalones, contracciones musculares o dolor. Después puede haber enrojecimiento, hinchazón, sensibilidad y moretones por unos días, y los aparatos de calor pueden, en raras ocasiones, causar una quemadura o ampolla. Avisaré de inmediato si algo se siente demasiado caliente o doloroso, y me comunicaré con el estudio por cualquier cosa fuera de lo normal, y con mi médico si es una duda médica.

Iniciales

Implantes y aparatos

Le avisé al estudio de todos los aparatos implantados, implantes y piezas de metal en mi cuerpo. Entiendo que el estudio puede no hacer un tratamiento o no tratar una zona por alguno de ellos.

Iniciales

Sin promesas

El contorno corporal es un servicio estético, no atención médica, y no sustituye el consejo de un médico. El estudio no promete cómo se verá o medirá mi cuerpo después de cualquier número de sesiones, y cada persona responde de forma distinta.

Iniciales

Mis respuestas

Respondí las preguntas de salud con la verdad. Le avisaré a mi especialista antes de mi cita si algo cambia.

Iniciales

Detenerse

Puedo pedirle a mi especialista que se detenga en cualquier momento, y mi especialista puede detener o cambiar el servicio si mi piel reacciona.

Iniciales

Fotos de tus resultados

Política de citas

Avisa al estudio con al menos 24 horas de anticipación para cambiar o cancelar tu cita. Si llegas tarde, tu cita puede ser más corta para que el siguiente cliente empiece a tiempo.

Iniciales

el estudio usa tus respuestas de salud solo para hacer tu cita de forma segura y para guardar los registros que pide la ley. Nunca se usan para publicidad ni se venden. Se guardan cifradas, y cada vez que alguien del estudio las abre queda registrado.

Tu firma

Fecha

Nombre en letra de molde

Solo para el estudio (Para el estudio)

Notas de la sesión

Aparato

☐ Radiofrecuencia ☐ Vacío con radiofrecuencia ☐ Vacío ☐ Estimulación muscular (EMS)

☐ Cavitación ultrasónica (usa el formulario de ese paquete) ☐ Otro

Marca y modelo

Nivel de potencia o intensidad

Temperatura de la piel alcanzada (si se muestra)

Tiempo por zona

Zonas tratadas

☐ Abdomen ☐ Costados de la cintura ☐ Espalda ☐ Parte superior de los brazos ☐ Muslos

☐ Glúteos ☐ Debajo de la barbilla

Piel después

☐ Sin cambio visible ☐ Enrojecimiento ☐ Moretones o marcas ☐ Se detuvo antes

Medidas (solo si la persona las pidió)

Fotos de la sesión (solo con permiso de la persona)

Adjunta una copia a este formulario