Nombre del estudio _____

Consentimiento para cavitación ultrasónica

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

¿Tienes alguna condición del hígado o de los riñones?

☐ Sí ☐ No

Cuéntanos un poco más.

¿Tienes alguna condición del oído, como zumbido (tinnitus) o un aparato auditivo?

☐ Sí ☐ No

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

Lo que aceptas

Qué esperar

La cavitación ultrasónica usa un aparato de mano que envía ultrasonido a la piel a través de un gel. Muchas veces se combina con radiofrecuencia o vacío en el mismo aparato. La mayoría de las personas siente calor u hormigueo, y algunas oyen un zumbido agudo mientras está encendido.

Iniciales ☐

Riesgos

Después puede haber enrojecimiento, calor, sensibilidad, moretones, sed o cansancio. El calor de un aparato combinado puede, 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

La cavitación ultrasónica 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

Marca y modelo del aparato

Frecuencia

Nivel de intensidad

Tiempo por zona

Combinado con

☐ Solo cavitación ☐ Radiofrecuencia ☐ Vacío ☐ Radiofrecuencia y vacío

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