



*Silhouette
Spa*

Exención de Historial Médico Corporal

Antes de llevar a cabo el tratamiento, usted está obligado a completar y firmar este registro de consulta, dando así su consentimiento absoluto para el tratamiento. Además, deberá revelar su historial médico completo, lo que determinará si es un candidato adecuado para el tratamiento propuesto. Si el especialista no cree que usted sea apto para el tratamiento, éste no se llevará a cabo. Su especialista discutirá el procedimiento en su totalidad, incluido lo que implicará, discutirá los beneficios, explicará los riesgos, el proceso de curación y aconsejará sobre cualquier tratamiento adicional si es necesario. Luego se le proporcionará información escrita sobre el cuidado posterior para que la conserve y consulte durante el proceso de curación posterior. Las contra indicaciones se registrarán en este formulario de consulta, que se utilizará como referencia para futuras visitas. Es importante que marque claramente cualquier área de este formulario que desee aclarar o discutir más. En última instancia, es SU responsabilidad asegurarse de comprender completamente el procedimiento y los resultados esperados antes de que comience el tratamiento.

A COMPLETAR POR EL CLIENTE:

NOMBRE COMPLETO: _____

DIRECCIÓN: _____

CÓDIGO POSTAL: _____

FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AA): _____

TELÉFONO MÓVIL: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

OCUPACIÓN: _____

PAQUETE: _____

ÁREA DE TRATAMIENTO: _____

PRECIO CONVENIDO: _____

FIRMA _____

FORMULARIO MÉDICO (Para ser completado por el cliente)

FECHA: _____

Fecha de nacimiento (DD/MM/AA): _____

Género: Masculino _____ Femenino _____

¿Ha recibido algún tratamiento de estiramiento de la piel antes?

SÍ _____ NO _____

SÍ / NO En caso afirmativo, responda las siguientes preguntas:

¿Hace cuánto fue su tratamiento? _____

¿Qué trámite recibió? _____

¿En qué clínica recibió el tratamiento? _____

¿Está contento con el resultado? SÍ/NO En caso negativo, explique por qué.

SÍ _____ NO _____

PORQUÉ _____

¿Es mayor de 18 años?

SÍ _____ NO _____

¿Está embarazada?

SÍ _____ NO _____

¿Está bajo la influencia del alcohol o las drogas?

SÍ _____ NO _____

¿Tiene buena salud?

SÍ _____ NO _____

FIRMA CLIENTE: _____

FIRMA ESPECIALISTA: _____

CONDICIONES MÉDICAS Por favor, responda SÍ o NO a las siguientes preguntas. Estos datos se discutirán (de forma confidencial) con su especialista.

¿Tiene alguna alergia o ha experimentado alguna reacción alérgica a medicamentos o productos como guantes de látex, yeso, etc.? Si es así, enumere:

SÍ_____ NO_____

CUALES:_____

¿Actualmente está tomando algún medicamento? En caso afirmativo, enumere:

SÍ_____ NO_____

CUAL_____

¿Tiene o planea tener inyectables, rellenos o exfoliaciones químicas en un futuro próximo?

SÍ_____ NO_____

¿Tiene algún plan de vacaciones inminente?

SÍ_____ NO_____

¿Sufre de epilepsia?

SÍ_____ NO_____

¿Padece a sabiendas de alguna enfermedad infecciosa?

SÍ_____ NO_____

¿Sufre de presión arterial alta o baja?

SÍ_____ NO_____

¿Sufre de diabetes?

SÍ_____ NO_____

¿Tiene algún problema respiratorio?

SÍ_____ NO_____

¿Padece de VIH/SIDA?

SÍ_____ NO_____

¿Padece de Hepatitis?

SÍ_____ NO_____

¿Padece de Hemofilia?

SÍ_____ NO_____

¿Tiene alergia a la penicilina?

SÍ_____ NO_____

¿Sufre de problemas cardíacos?

SÍ_____ NO_____

¿Sufre de algún problema linfático?

SÍ_____ NO_____

¿Sufre de problemas de la piel (es decir, eccema, psoriasis)?

SÍ_____ NO_____

¿Sufre de cicatrices queloides?

SÍ_____ NO_____

¿Sufre o tiene algún problema con la cicatrización de las cicatrices?

SÍ_____ NO_____

¿Sufre de mareos o desmayos?

SÍ_____ NO_____

Si sufre alguno de los anteriores es importante que lo comunique a su especialista quien podrá tomar las precauciones necesarias para que reciba el mejor tratamiento para evitar cualquier riesgo para su salud. Entiendo la importancia de mi historial médico exacto y completo. Entiendo que ocultar cualquier información médica puede ser perjudicial para mi salud y seguridad durante y después del procedimiento. Entiendo que si hay algún cambio en mi historial médico, es mi responsabilidad informar a mi especialista.

FIRMA CLIENTE:_____ FIRMA ESPECIALISTA:_____

CONSENTIMIENTO DE CAVITACIÓN Y RADIOFRECUENCIA

NOMBRE COMPLETO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____

EMAIL: _____

LIMITACIÓN AL TRATAMIENTO (Por favor escriba sus iniciales o firme cada declaración a continuación)

Entiendo que no hay garantías en cuanto a los resultados de este tratamiento _____

Entiendo que no hay reembolso por este tratamiento _____

Entiendo que para lograr los máximos resultados puedo requerir varios tratamientos _____

Para lograr los máximos resultados entiendo que la dieta y el ejercicio constante ayudaran a mantener y crear un grado acumulativo de reducción general de grasa localizada y contorno corporal _____

Doy mi consentimiento para tomar fotografías en el trazo del progreso _____

Las fotos permanecerán en SILHOUETTE SPA en todo momento _____

CONFIRMÓ LO SIGUIENTE (Por favor escriba sus iniciales en cada declaración)

Soy mayor de 18 años de edad _____

No estoy en estado de embarazo _____

No tengo marca-pasos _____

No tengo Herpes Simplex _____

No tengo un corazón y/o pulmón artificial que me sostenga la vida _____

No tengo trastornos hepáticos o renales conocidos _____

No tengo disfunciones conocidas a la glándula tiroides _____

No tengo un sistema inmunológico comprometido _____

No tengo cáncer ni antecedentes de cáncer _____

No tengo foto sensibilidad conocida a la exposición solar _____

No tengo hipertensión _____

He sido informado/a y entiendo que puede ocurrir hiperpigmentación o hipopigmentación temporal o una quemadura menor (en raras ocasiones) como resultado del tratamiento.

Hacemos todo lo posible para evitar estas contraindicaciones, sin embargo puede suceder lo que podría causar un retraso en el tratamiento en esa área específica, mediante este documento certifico que toda la información que he proporcionado ha sido precisa y veraz

Por la presente autorizo a SILHOUETTE SPA a realizar un procedimiento no invasivo con el fin de moldear mi cuerpo.

Iniciales: _____

ACUERDO DEL PACIENTE

Yo, _____ al firmar este acuerdo entiendo que estoy comenzando una serie de tratamientos para ayudar a alcanzar mis objetivos de contorno corporal y reducción de grasa, he leído y entiendo completamente este consentimiento y me doy cuenta de que no debo firmar este formulario si no me han explicado todos los elementos, mis preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción, se me a instado y se me ha dado todo el tiempo que necesito para leer y comprender este formulario.

Si tiene alguna pregunta sobre los riesgos o peligros del plan de tratamiento propuesto u otros tratamientos posibles, consulte a su especialista en contorno corporal ahora antes de firmar este formulario de consentimiento.

FIRMA DEL PACIENTE: _____

FECHA: _____

PARA ASEGURAR TUS MEJORES RESULTADOS

No coma 2 horas antes del tratamiento

Beba suficiente agua antes y después de cada tratamiento

Consuma al menos 8-10 vasos de agua al día mientras se someta al tratamiento

Realice 30 minutos de ejercicio cardiovascular después de cada tratamiento

Absténgase de consumir bebidas alcohólicas antes y después de cada tratamiento

Absténgase de consumir cafeína antes y después de cada tratamiento

Mi firma en este documento constituye mi reconocimiento de que soy un adulto competente y consciente, que tengo 18 o mas años de edad y que he leído y entiendo la información provista en este formulario, mi especialista en contorno corporal me ha explicado adecuadamente mi tratamiento, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción he recibido todo la información que deseo sobre mi tratamiento, entiendo todas las recomendaciones posteriores a mi tratamiento y estoy de acuerdo con ellas, asumo libremente cualquier riesgo de complicaciones o lesiones por causas conocidas o desconocidas asociadas con, relacionadas o que surjan de otro modo de este procedimiento tengo derecho a aceptar o rechazar cualquier procedimiento propuesto en cualquier momento antes de su realización, debo notificar al especialista si mi historial medico cambia antes de los tratamientos posteriores. Doy consentimiento para tomar fotografías al área en tratamiento

Yo, _____ doy mi consentimiento y autorizo a SILHOUETTE SPA a realizar el (los) tratamiento(s) para el (las) área(s) de _____

Nombre del paciente _____

No se puede asegurar el 100 por ciento de certeza en el éxito como con cualquier procedimiento medico, también es importante señalar que en la gran mayoría de casos respaldados por evidencia clínica los pacientes logran buenos resultados, pero tenga en cuenta que los resultados pueden variar y por lo tanto no es posible cumplir con las expectativas de todos los pacientes que completan una serie de tratamientos

NO se emitirán REEMBOLSOS

Firma: _____

Fecha: _____

