

Consentimiento de Contorneado Corporal

Consentimiento informado para contorneado corporal no invasivo, incluyendo criolipolisis, estimulación electromagnética muscular, radiofrecuencia y reducción de grasa por ultrasonido

Información del Cliente

Nombre *

Apellido *

Correo Electrónico *

Número de Teléfono *

Fecha de Nacimiento *

DD / MM / AAAA

Detalles del Tratamiento

Tipo de tratamiento *

- ☐ Criolipolisis (congelación de grasa)
- ☐ Estimulación electromagnética muscular (EMS)
- ☐ Radiofrecuencia / Reducción de grasa por ultrasonido
- ☐ Combinación

Áreas de tratamiento *

- ☐ Abdomen
- ☐ Flancos / Asas de amor
- ☐ Muslos
- ☐ Brazos
- ☐ Glúteos
- ☐ Debajo del mentón
- ☐ Espalda / Línea del sostén

Peso actual

Cambio de peso en los últimos 6 meses

¿Ha recibido tratamientos de contorneado corporal antes? *

- ☐ Sí
- ☐ No

Historial Médico

¿Está embarazada, intentando concebir o amamantando? *

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Tiene alguna de las siguientes condiciones?

- ☐ Condición autoinmune (lupus, AR, EM, etc.)
- ☐ Trastorno hemorrágico o en tratamiento con anticoagulantes
- ☐ Diabetes
- ☐ Antecedentes de queloides o cicatrices hipertróficas
- ☐ Cáncer (actual o en los últimos 5 años)
- ☐ Inmunodeprimido / trastorno inmunológico
- ☐ Ninguno de los anteriores

¿Tiene crioglobulinemia, enfermedad de aglutininas frías o hemoglobinuria paroxística por frío? *

- ☐ Sí ☐ No

¿Tiene enfermedad de Raynaud, urticaria por frío o sensibilidad severa al frío? *

- ☐ Sí ☐ No

¿Tiene marcapasos, desfibrilador o dispositivo electrónico implantado? *

- ☐ Sí ☐ No

¿Tiene implantes metálicos, un DIU de cobre o metal cerca del área de tratamiento? *

- ☐ Sí ☐ No

¿Tiene una hernia en o cerca del área de tratamiento? *

- ☐ Sí ☐ No

¿Ha tenido cirugía en el área de tratamiento en los últimos 6 meses? *

- ☐ Sí ☐ No

¿Tiene epilepsia o un trastorno convulsivo? *

- ☐ Sí ☐ No

¿Tiene heridas abiertas, erupción, infección o venas varicosas en el área? *

- ☐ Sí ☐ No

Medicamentos y suplementos actuales

Alergias (medicamentos, látex, lidocaína, anestésicos)

Riesgos y Complicaciones

Riesgos y Complicaciones Potenciales:

- Enrojecimiento, hinchazón, hematomas, adormecimiento, hormigueo y sensibilidad en el área tratada durante días a semanas
- Dolor muscular después de EMS, similar a un entrenamiento intenso
- Irregularidad de la piel, asimetría del contorno o reducción desigual de grasa
- Hiperplasia adiposa paradójica — un agrandamiento raro de grasa en el área tratada meses después de la criolipolisis que puede requerir corrección quirúrgica
- Congelación, quemaduras o ampollas (raros)
- Dolor de aparición tardía — dolor nervioso que comienza días después del tratamiento, que generalmente se resuelve en semanas
- Formación o empeoramiento de hernia con EMS o succión
- Los resultados varían y la reducción de grasa por sesión es modesta (típicamente 20-25% de la grasa en el área tratada para criolipolisis); una serie de sesiones es común

El contorneado corporal no es un tratamiento para pérdida de peso. El peso estable, la hidratación y la actividad apoyan los resultados.

Entiendo que el contorneado corporal trata la grasa localizada o el tono muscular, que los resultados visibles se desarrollan en 2-3 meses, que pueden ser necesarias múltiples sesiones, y que no se ha garantizado ningún resultado específico.

Entiendo que esto no es pérdida de peso y los resultados varían: _____

Entiendo el riesgo raro de hiperplasia adiposa paradójica después de la criolipolisis, dolor de aparición tardía, quemaduras e irregularidad del contorno, y he divulgado cualquier implante, hernia o condición relacionada con el frío.

Entiendo el riesgo de hiperplasia adiposa paradójica y otras complicaciones: _____

Autorización de Fotos

¿Podemos tomar fotos antes y después para su registro de tratamiento? *

- ☐ Sí — solo para mi registro médico
- ☐ Sí — y pueden usarlas anónimamente para marketing
- ☐ No

Registro de Servicio

Solo para uso interno

	Fecha	Área	Dispositivo / Aplicador / Configuración	Notas
Entrada 1				
Entrada 2				
Entrada 3				
Entrada 4				
Entrada 5				
Entrada 6				

Consentimiento y Firma

Consiento voluntariamente el tratamiento de contorneado corporal no invasivo. He sido informado de los beneficios, riesgos, alternativas y posibles complicaciones. Entiendo que se trata de un procedimiento cosmético electivo, que no es un sustituto de la pérdida de peso, y que no se ha hecho garantía alguna sobre el resultado. Libero al proveedor y a la práctica de responsabilidad relacionada con este tratamiento, excepto en casos de negligencia.

Confirmando que he leído y entendido la información anterior y doy mi consentimiento informado.

He leído y entiendo la información anterior: _____

Firma

Fecha

Nombre en letra de imprenta

Fecha *

DD / MM / AAAA

Este formulario fue proporcionado gratuitamente por Consentify

Consentify convierte formularios como este en consentimiento digital que tus clientes firman en su teléfono mediante código QR — con PDFs automáticos, alertas de contraindicaciones y almacenamiento cifrado. Plan gratuito disponible en <https://getconsentify.com>.

Solo plantilla. Revisa con tu propio profesional con licencia o asesor legal antes de usar; los requisitos varían según la jurisdicción y la práctica.