

Consentimiento de Cupping y Gua Sha

Consentimiento informado para tratamientos de cupping y Gua Sha con expectativas de moretones

Información del Cliente

Nombre *

Apellido *

Correo Electrónico *

Número de Teléfono *

Fecha de Nacimiento *

DD / MM / AAAA

Detalles del Tratamiento

Tratamiento(s) Solicitado(s) *

- ☐ Cupping Seco (estacionario) ☐ Cupping Deslizante / Masaje ☐ Cupping con Fuego
☐ Gua Sha

Áreas de Tratamiento *

- ☐ Espalda Superior / Hombros ☐ Espalda Baja ☐ Cuello
☐ Piernas ☐ Brazos ☐ Cara (cupping suave/Gua Sha)

Razón del Tratamiento *

Evaluación de Salud

¿Está usted actualmente embarazada? *

- ☐ Sí ☐ No

¿Está tomando anticoagulantes? *

- ☐ Sí ☐ No

¿Tiene alguno de lo siguiente en el área de tratamiento?

- ☐ Quemadura solar ☐ Heridas abiertas o piel rota
☐ Infección de piel activa o erupciones ☐ Venas varicosas
☐ Ninguno de los anteriores

¿Tiene un trastorno de sangrado? *

- ☐ Sí ☐ No

Riesgos y Expectativas

Importante — Los Moretones Son Esperados:

El cupping y Gua Sha crean intencionalmente marcas en la piel. Esta es una parte normal del tratamiento.

Qué Esperar:

- Marcas de cupping aparecen como decoloraciones circulares que van desde rosa claro a púrpura intenso
- Marcas de Gua Sha aparecen como petequias rojas y estriadas (puntos pequeños)
- Las marcas típicamente duran 3-10 días dependiendo del individuo y el nivel de succión
- Las marcas más oscuras indican más estancamiento/tensión en el área
- Las marcas NO son lesiones — son una respuesta terapéutica

Riesgos Potenciales:

- Moretones y decoloración de la piel (esperado)
- Malestar leve durante el tratamiento
- Ampollas (raro, si la succión es demasiado fuerte)
- Mareos
- Quemaduras (raro, con cupping de fuego)
- Empeoramiento temporal de los síntomas

Cuidados Posteriores:

- Mantenga las áreas de cupping cubiertas y cálidas durante 24 horas
- Beba mucha agua después del tratamiento
- Evite la exposición al frío, natación y ejercicio intenso durante 24 horas
- No aplique cupping en la misma área hasta que las marcas se hayan desvanecido por completo

Entiendo que el cupping y Gua Sha dejarán marcas visibles (moretones, decoloración) que son una parte normal del tratamiento y se desvanecerán en 3-10 días.

Entiendo que el cupping/Gua Sha dejará marcas visibles: _____

He sido informado de los riesgos y efectos esperados de la terapia de cupping/Gua Sha.

Entiendo los riesgos descritos arriba: _____

Notas del Tratamiento

Solo para uso interno

	Fecha	Área	Tipo de Copa	Duración
Entrada 1				
Entrada 2				
Entrada 3				
Entrada 4				
Entrada 5				
Entrada 6				

Consentimiento y Firma

Doy mi consentimiento para recibir terapia de cupping y/o Gua Sha como se describe. Entiendo que las marcas visibles son esperadas y no son una lesión. He revelado todas mis condiciones de salud y libero al profesional de responsabilidad.

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.