

Consentimiento para Terapia IV / Infusión de Vitaminas

Consentimiento informado para infusiones de vitaminas IV, terapia de hidratación e infusiones de nutrientes

Información del Cliente

Nombre *

Apellido *

Correo Electrónico *

Número de Teléfono *

Fecha de Nacimiento *

DD / MM / AAAA

Detalles de la Infusión

Infusión Solicitada *

- ☐ Hidratación (Solución Salina Normal / Lactato de Ringer)
- ☐ Infusión de Vitamina C
- ☐ Cóctel de Myers (vitaminas B, C, Magnesio, Calcio)
- ☐ Infusión de NAD+
- ☐ Glutación (Aclarador de Piel)
- ☐ Refuerzo Inmunológico (Zinc, Vitamina C, B12)
- ☐ Recuperación Atléticoa
- ☐ Recuperación de Resaca
- ☐ Mezcla Personalizada

Complementos (si aplica)

- ☐ Inyección de B12
- ☐ Biotina
- ☐ Zofran (anti-náuseas)
- ☐ Toradol (antiinflamatorio)
- ☐ Ninguno

Evaluación de Salud

¿Actualmente estás embarazada o amamantando? *

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Tienes enfermedad renal o estás en diálisis? *

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Tienes insuficiencia cardíaca congestiva? *

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Tienes alergias conocidas a vitaminas, suplementos o contraste de IV? *

☐ Sí ☐ No

Si es así, describe por favor

¿Tienes alguna de las siguientes?

- ☐ Diabetes ☐ Presión arterial alta
☐ Deficiencia de G6PD ☐ Hemocromatosis (sobrecarga de hierro)
☐ Ninguno de los anteriores

Riesgos e Información

Riesgos Potenciales de la Terapia IV:

- Dolor, hematomas o hinchazón en el sitio de la IV
- Infiltración (fuga de líquido en el tejido circundante)
- Flebitis (inflamación de las venas)
- Reacción alérgica a los componentes de la infusión
- Infección en el sitio de inyección (rara)
- Embolia aérea (extremadamente rara)
- Sobrecarga de líquidos en individuos susceptibles
- Desequilibrio electrolítico
- Mareos o náuseas durante la infusión

Importante: La terapia IV no es un sustituto del tratamiento médico. Los resultados varían según el individuo.

He sido informado de los riesgos y beneficios potenciales de la terapia IV. Entiendo que este es un servicio de bienestar electivo.

Entiendo los riesgos de la terapia IV: _____

Registro de Servicio

Solo para uso interno

	Fecha	Componente	Dosis	Velocidad
Entrada 1				
Entrada 2				
Entrada 3				
Entrada 4				
Entrada 5				
Entrada 6				

Consentimiento y Firma

Doy consentimiento para la terapia IV descrita anteriormente. He revelado toda la información de salud relevante y entiendo los riesgos y beneficios. Entiendo que este es un servicio de bienestar electivo y no un sustituto del tratamiento médico.

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.