

Consentimiento de Microagujas

Consentimiento informado para tratamientos de microagujas (terapia de inducción de colágeno)

Información del Cliente

Nombre *

Apellido *

Correo Electrónico *

Número de Teléfono *

Fecha de Nacimiento *

DD / MM / AAAA

Detalles del Tratamiento

Dispositivo de Microagujas *

☐ SkinPen

☐ Dermapen

☐ Morpheus8 (RF Microneedling)

☐ Vivace

☐ Otro

Áreas de Tratamiento *

☐ Cara completa

☐ Cuello

☐ Escote

☐ Manos

☐ Estrías

☐ Cicatrices de acné (área específica)

Sueros Adicionales (si aplica)

☐ PRP (Plasma Rico en Plaquetas)

☐ Suero de ácido hialurónico

☐ Suero de factor de crecimiento

☐ Suero de vitamina C

☐ Ninguno

Evaluación de Salud

¿Actualmente tienes acné activo, rosácea inflamada o infección de piel en el área de tratamiento? *

☐ Sí ☐ No

¿Tienes un trastorno de coagulación o estás tomando anticoagulantes? *

☐ Sí ☐ No

¿Tienes antecedentes de cicatrices queloides o hipertróficas? *

☐ Sí ☐ No

¿Actualmente estás embarazada o amamantando? *

☐ Sí ☐ No

¿Has tenido alguno de los siguientes en las últimas 2 semanas?

☐ Peeling químico

☐ Tratamiento láser

☐ Depilación con cera

☐ Quemadura de sol

☐ Ninguno de los anteriores

Riesgos y Cuidados Posteriores

Qué Esperar:

- Enrojecimiento e hinchazón leve similar a una quemadura solar durante 24-72 horas
- Ligeró sangrado puntiforme durante el tratamiento (normal)
- La piel puede sentirse tensa, caliente y sensible
- Descamación leve o pelado durante 3-5 días

Riesgos Potenciales:

- Enrojecimiento o hinchazón prolongada
- Moretones
- Infección (si no se siguen los cuidados posteriores)
- Hiperpigmentación posinflamatoria
- Cicatrices (raro)
- Reacción alérgica a sueros tópicos
- Brotes o milia

Cuidados Posteriores:

- Evita la exposición directa al sol y usa SPF 30+ como mínimo durante 2 semanas
- Sin maquillaje durante 24 horas
- Sin productos activos para la piel (retinoides, AHA, vitamina C) durante 72 horas
- Mantén la piel limpia e hidratada
- No te rasques ni pelizques la piel tratada
- Evita nadar, saunas y ejercicio intenso durante 48 horas

Reconozco los riesgos potenciales de las microagujas y acepto seguir todas las instrucciones de cuidado posterior proporcionadas.

Comprendo los riesgos y los requisitos de cuidado posterior: _____

Registro de Servicio

Solo para uso interno

	Fecha	Área	Profundidad (mm)	Pasadas
Entrada 1				
Entrada 2				
Entrada 3				
Entrada 4				
Entrada 5				
Entrada 6				

Consentimiento y Firma

Doy mi consentimiento para el procedimiento de microagujas descrito anteriormente. Comprendo los riesgos, beneficios y alternativas. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y he recibido respuestas satisfactorias. Acepto seguir todas las instrucciones previas y posteriores al tratamiento. Libero al proveedor y la práctica de toda responsabilidad.

Confirmo que he leído y comprendido la información anterior y doy mi consentimiento informado.

He leído y comprendo 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.