

Consentimiento de Microagujas de Radiofrecuencia

Consentimiento informado para microagujas de radiofrecuencia (dispositivos tipo Morpheus8) con evaluación de implantes, marcapasos y piel

Información del Cliente

Nombre *

Apellido *

Dirección de Correo Electrónico *

Número de Teléfono *

Fecha de Nacimiento *

DD / MM / AAAA

Detalles del Tratamiento

Áreas de tratamiento *

- | | |
|---|---|
| ☐ Cara | ☐ Cuello |
| ☐ Línea de mandíbula / Submandibular | ☐ Abdomen |
| ☐ Brazos | ☐ Muslos / Glúteos |
| ☐ Otro | |

Objetivos

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Endurecimiento de la piel | ☐ Cicatrices de acné | ☐ Textura y poros |
| ☐ Estrías | ☐ Reducción de grasa subdérmica | |

¿Ha recibido microagujas o tratamientos de radiofrecuencia anteriormente? *

- ☐ Sí ☐ No

Historial Médico

¿Está embarazada, intentando concebir o amamantando? *

- ☐ Sí ☐ No

¿Tiene alguno de los siguientes?

- ☐ Enfermedad autoinmune (lupus, artritis reumatoide, esclerosis múltiple, etc.)
- ☐ Trastorno hemorrágico o en tratamiento anticoagulante
- ☐ Diabetes
- ☐ Antecedentes de cicatrices queloides o hipertróficas
- ☐ Cáncer (actual o en los últimos 5 años)
- ☐ Inmunodeprimido / Trastorno inmunitario
- ☐ Ninguno de los anteriores

¿Tiene un marcapasos, desfibrilador o algún dispositivo electrónico implantado? *

☐ Sí ☐ No

¿Tiene implantes metálicos, placas o tornillos en o cerca del área de tratamiento? *

☐ Sí ☐ No

¿Ha tomado isotretinoína (Accutane) en los últimos 6 meses? *

☐ Sí ☐ No

¿Tiene acné activo, infección, herpes labial o heridas abiertas en el área? *

☐ Sí ☐ No

¿Ha recibido relleno, neurotoxina o hilos en el área en las últimas 2 semanas? *

☐ Sí ☐ No

¿Tiene melasma o antecedentes de hiperpigmentación post-inflamatoria? *

☐ Sí ☐ No

¿Ha tenido exposición solar significativa o bronceado en las últimas 2 semanas? *

☐ Sí ☐ No

Medicamentos y suplementos actuales

Alergias (medicamentos, látex, lidocaína, anestésicos)

Riesgos y Complicaciones

Riesgos y Complicaciones Potenciales:

- Enrojecimiento, hinchazón y calor durante 1-3 días; el sangrado puntiforme y la formación de costras leves son esperados
- Marcas de rejilla del patrón de agujas, que desaparecen en días
- Hematomas, especialmente con anticoagulantes o aceite de pescado
- Hiperpigmentación o hipopigmentación, más probable con piel bronceada, melasma o tipos de piel más oscura
- Infección o reactivación de herpes labial
- Quemaduras, ampollas o pérdida de grasa si la energía es demasiado alta (raro)
- Cicatrización (raro)
- Irritación nerviosa — entumecimiento o hormigueo temporal (raro)

La mayoría de las personas necesita una serie de 3 tratamientos con 4-6 semanas de separación, con resultados de colágeno desarrollándose durante 3-6 meses. Se aplica crema anestésica antes del tratamiento.

Entiendo el enrojecimiento esperado, la hinchazón, las marcas de rejilla y el sangrado puntiforme, así como los riesgos menos comunes de cambio de pigmentación, infección, quemaduras y cicatrización.

Entiendo el tiempo de recuperación esperado y los riesgos: _____

Confirmando que no tengo dispositivos electrónicos implantados ni metal en el área de tratamiento y he revelado todos los medicamentos, incluida isotretinoína y anticoagulantes.

He revelado implantes y medicamentos: _____

Autorización de Fotos

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

- ☐ Sí — solo para mi registro médico
- ☐ Sí — y pueden usarlas de forma anónima con fines de marketing
- ☐ No

Registro de Servicio

Solo para uso interno

	Fecha	Área	Profundidad / Energía / Pases	Notas
Entrada 1				
Entrada 2				
Entrada 3				
Entrada 4				
Entrada 5				
Entrada 6				

Consentimiento y Firma

Doy mi consentimiento voluntario para el tratamiento con microagujas de radiofrecuencia. He sido informado de los beneficios, riesgos, alternativas y posibles complicaciones. Entiendo que este es un procedimiento cosmético electivo, que los resultados varían y se desarrollan durante meses, y que no se ha hecho garantía alguna de resultado. Exonero 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.