

Consentimiento de Estiramiento de Piel (HIFU / RF / Ultrasonido)

Consentimiento informado para estiramiento de piel no quirúrgico con ultrasonido enfocado de alta intensidad, radiofrecuencia monopolar y dispositivos de energía similares

Información del Cliente

Nombre *

Apellido *

Correo Electrónico *

Número de Teléfono *

Fecha de Nacimiento *

DD / MM / AAAA

Detalles del Tratamiento

Tipo de tratamiento *

- ☐ Ultrasonido enfocado de alta intensidad (HIFU) ☐ Radiofrecuencia monopolar
☐ Radiofrecuencia bipolar / multipolar ☐ Otro dispositivo de energía

Áreas de tratamiento *

- ☐ Rostro completo ☐ Parte inferior del rostro / Línea de mandíbula
☐ Cuello ☐ Cejas / Ojos
☐ Escote ☐ Cuerpo (abdomen, brazos, muslos, rodillas)

¿Ha recibido tratamientos de energía para el estiramiento de piel anteriormente? *

☐ Sí ☐ No

¿Ha recibido relleno, neurotoxina o threads en el área en las últimas 4 semanas? *

☐ Sí ☐ No

Historial Médico

¿Está embarazada, intentando concebir o amamantando? *

☐ Sí ☐ No

¿Tiene alguno de los siguientes?

- ☐ Condición autoinmune (lupus, AR, EM, etc.) ☐ Trastorno de sangrado o toma anticoagulantes
☐ Diabetes ☐ Historial de queloides o cicatrización hipertrófica
☐ Cáncer (actual o en los últimos 5 años) ☐ Inmunodeprimido / trastorno inmunológico
☐ Ninguno de los anteriores

¿Tiene marcapasos, desfibrilador o dispositivo electrónico implantado? *

☐ Sí ☐ No

¿Tiene implantes metálicos, placas o implantes dentales en la trayectoria del tratamiento? *

☐ Sí ☐ No

¿Tiene relleno permanente, implantes o threads en el área de tratamiento? *

☐ Sí ☐ No

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

☐ Sí ☐ No

¿Tiene parálisis de Bell, problemas del nervio facial o un trastorno neuromuscular? *

☐ Sí ☐ No

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

☐ Sí ☐ No

Medicamentos y suplementos actuales

Alergias (medicamentos, látex, lidocaína, anestésicos)

Riesgos y Complicaciones

Riesgos y Complicaciones Potenciales:

- Enrojecimiento, hinchazón y sensibilidad durante horas o días
- Hormigueo, entumecimiento o irritación nerviosa — generalmente temporal; raramente dura semanas (HIFU)
- Moretones o pequeños verdugones a lo largo de las líneas de tratamiento que se resuelven en días
- Quemaduras o ampollas si la energía se entrega demasiado superficialmente (raro)
- Pérdida de grasa o cambio de contorno con energía excesiva en áreas delgadas (raro)
- Debilidad muscular temporal alrededor de la boca o ceja (raro)
- Cambio de pigmentación (raro)
- Resultado limitado — el estiramiento es gradual durante 2-6 meses y modesto en comparación con la cirugía; algunas personas ven poco cambio

La incomodidad durante el tratamiento es común y se puede controlar con analgésicos o adormecimiento.

Entiendo que el estiramiento de piel no quirúrgico produce resultados graduales y sutiles durante varios meses, que algunas personas no responden, y que no es un sustituto de la cirugía.

Entiendo que el resultado es gradual, modesto y no garantizado: _____

Entiendo que puede haber entumecimiento temporal, hormigueo, debilidad muscular, quemaduras y cambio de grasa o contorno, y que he divulgado todos los implantes e inyectables en el área de tratamiento.

Entiendo el riesgo de efectos nerviosos, quemaduras y cambio de contorno: _____

Autorización de Fotos

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

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

Registro de Servicio

Solo para uso interno

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

Consentimiento y Firma

Doy mi consentimiento voluntario para el tratamiento de estiramiento de piel no quirúrgico. He sido informado sobre los beneficios, riesgos, alternativas y posibles complicaciones. Entiendo que este es un procedimiento cosmético electivo y 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.

Confirmo 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.