

Tratamiento de Criolipólisis Selectiva

Consentimiento Informado

Página 1 de 2

Áreas de tratamiento: _____

Yo, (Nombre del paciente) _____

Autorizo a (nombre del médico) _____

a que me realicen el tratamiento de **COOLShaping** con la tecnología de **Criolipólisis Selectiva**.

Entiendo que la CRIOLIPÓLISIS SELECTIVA es una técnica no invasiva que ayuda en el modelado corporal mediante la exposición al frío intenso sobre las áreas que se desean tratar, actuando sobre estas y provocando su contracción, logrando remodelar el cuerpo con resultados casi inmediatos.

Estoy conciente de que los resultados se producirán paulatinamente a lo largo del tratamiento, que se requieren por lo menos 2-4 sesiones de 45 minutos, las cuales se realizarán una vez al mes, sin embargo estas cifras son aproximadas y pueden modificarse.

Entiendo que los resultados clínicos pueden variar dependiendo de factores individuales, incluidos pero no limitados a la historia clínica médica, metabolismo, hábitos alimenticios, autocuidado y status hormonal.

Se me explicó que existen algunas situaciones que se consideran contraindicaciones, como: embarazo, lactancia, focos infecciosos, hernia abdominal, cirugías recientes, lesiones cutáneas o inflamación, tromboflebitis, várices gruesas, cáncer, VIH y confirmo que no me encuentro en ninguna de las situaciones anteriores.

Comprendo que los resultados del tratamiento dependen del metabolismo de cada persona y que no se puede prever con precisión la rapidez de los cambios ni el resultado final. El número de tratamientos necesarios es aproximado, puede variar una vez que se ha empezado y dependerá en gran parte de mi constancia para asistir regularmente a mis citas y de seguir las indicaciones que me fueron entregadas. Entiendo que no hay garantía alguna de que los resultados que se esperan sean los que se obtengan.

Entiendo que también existe la posibilidad de que muy raramente se presenten **efectos secundarios** como reacción alérgica al producto tópico, inflamación, edema, moretones, puntillero rojo y alteración en la sensibilidad de la piel, siendo éstos transitorios y tratables. Se me explicó que la sensación será de frío en la zona y succión. Será normal un enrojecimiento leve después de la sesión, mismo que debe remitir en un par de horas.

Me recomendaron ampliamente realizar algún tipo de drenaje linfático en la zona tratada.

Declaro que he sido ampliamente informada/o de la naturaleza y el propósito del procedimiento, resultados esperados y entiendo que no existe ninguna garantía sobre el resultado final obtenido. Estoy conciente de que mi condición es meramente estética y que se realiza el tratamiento únicamente por mi deseo expreso de hacerlo.

Se me ha explicado el costo y la manera de pago del tratamiento de CRIOLIPÓLISIS SELECTIVA.

Tratamiento de Criolipólisis Selectiva

Consentimiento Informado

Página 2 de 2

Confirmando que he externado al personal cualquier condición médica, pasada o presente, enfermedad que tenga y/o medicamento que me encuentre tomando.

Certifico que se me ha dado la oportunidad de realizar preguntas y que he leído y comprendido totalmente el contenido de esta forma de consentimiento. Comprendo las ventajas y los límites de la CRIOLIPÓLISIS SELECTIVA y me comprometo a seguir las indicaciones de mi terapeuta para obtener los mejores resultados.

Nombre del paciente: _____

Teléfono: _____

Fecha: _____

Firma del paciente

Nombre y firma de testigo