

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA SOBRE REMODELACIÓN CORPORAL CON EL EQUIPO VELASHAPE

En.....a.....

Nombre cliente:

DNI N°:

Fecha de nacimiento:

Domicilio:

CP y Localidad:

Teléfono:

DECLARO:

Que por el presente documento REQUIERO Y AUTORIZO a los profesionales de, a que realicen en mi persona el tratamiento de: REMODELACIÓN CORPORAL CON EL EQUIPO VELASHAPE.

BREVE EXPLICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN:

El centro y su equipo utilizan para la remodelación corporal el equipo Velashape que combina la corriente eléctrica en forma de RADIOFRECUENCIA BIPOLAR con la energía óptica en forma de INFRARROJOS y la VACUNTERAPIA o aspiración.

La unión de estos tres sistemas aplicados directamente sobre la piel permite una reducción evidente de la celulitis, un moldeado corporal, así como una tonificación y firmeza del tejido.

Se me ha informado de que el tratamiento completo de una zona se consigue en un mínimo de 6-8 sesiones (1 sesión semanal), si bien este número puede ser variable en función del problema a tratar y de las variables individuales que presente.

CONTRAINDICACIONES:

- Marcapasos.
- Injertos metálicos en el área de tratamiento.
- Cáncer en curso o historial de cáncer, especialmente de piel o lunares premalignos.
- Embarazo y lactancia.
- Historial de cicatrización queloide.
- Infecciones cutáneas en el área de tratamiento.
- Pacientes con problemas de fotosensibilidad.
- Que tomen medicamentos fotosensibilizantes.
- Diabetes (tipo I).
- Patologías cardiovasculares: insuficiencia cardiaca, flebitis, insuficiencia linfática.
- Insuficiencia renal.
- Posible aumento del sangrado durante la menstruación.

Además se me ha informado de que debo comunicar al personal del centro el consumo de cualquier sustancia farmacológica, así como cambios en mi estado basal (embarazo, enfermedades, alergias, etc.).

POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS

El tratamiento normalmente es poco molesto, si bien dependerá del umbral de sensibilidad individual. No suele presentar complicaciones pero entiendo la posibilidad de que aparezcan Efectos Secundarios durante o poco tiempo después del tratamiento, como son: enrojecimiento (eritem), petequias (pequeños puntos hemorrágicos), hematomas (moratones), sensación de calor en la zona y ligera irritación de la piel.

RIESGOS INHERENTES AL CLIENTE Y A SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES:

CONFIRMO que el tratamiento mencionado me ha sido explicado a fondo, por un profesional en palabras comprensibles para mí, los riesgos que tiene, los efectos no deseados, los riesgos por mis características personales, así como las molestias o, en ocasiones, dolores que puedo sentir teniendo una evolución normal. Se me han explicado igualmente otras opciones de remodelación corporal disponibles en el mercado con los pros y contras de cada una de ellas. Teniendo esto en cuenta he escogido el procedimiento VELASHAPE explicado como tratamiento de remodelación eficaz y no perjudicial para mi salud.

ME COMPROMETO a seguir fielmente en o mejor de mis posibilidades, las instrucciones del profesional para antes, durante y después del tratamiento antes mencionado, quedando bajo mi responsabilidad el cumplimiento del protocolo fijado para mi tratamiento, por el cual me comprometo a recibir 1 tratamiento semanal durante el tiempo recomendado. Acepto que el no cumplimiento de este protocolo puede provocar que los resultados no sean los esperados.

DOY FE de no haber omitido o alterado datos al exponer mi historial y antecedentes clínico-quirúrgicos, especialmente los referidos a alergias y enfermedades o riesgos personales.

AUTORIZO a que se me practiquen fotografías de la zona tratada, quedando entendido que su uso no constituya ninguna violación a la intimidad o confidencialidad, a las que tengo derecho.

ACEPTO que el resultado clínico varía en función del área a tratar y de variables individuales.

RECONOZCO que los resultados esperables de un tratamiento nunca son milagrosos, sino que están sometidos a las limitaciones técnicas.

COMPRENDO que el resultado pueda no ser el esperado por mí. Reconozco que no se me ha dado en absoluto total garantía.

ME CONSTA que mis datos van a ser tratados de forma automatizada, lo cual autorizo.

Se me ha informado, igualmente, de mi derecho a rechazar o revocar este consentimiento.

He podido aclarar mis dudas acerca de todo lo anteriormente expuesto y he entendido totalmente este DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO reafirmandome en todos y cada uno de sus puntos y con la firma del documento **EN TODAS LAS PÁGINAS Y POR DUPLICADO** ratifico y consiento que el tratamiento se realice.

El centro

El cliente

Representante legal

Rechazo el tratamiento y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

El centro

El cliente

Padre-tutor del menor de edad

Coforme a la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, sus datos serán incluidos en un fichero denominado PACIENTES, del que es responsable el (Centro), inscrito en el Registro de la Agencia de Protección de Datos.

La finalidad de esta recogida de datos será la de mantener la relación establecida entra el cliente y el (Centro). Vd da, como titular de los datos su consentimiento y autorización para la inclusión de los mismos en el fichero anteriormente detallado. En cualquier caso, podrá ejercitar gratuitamente los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose al (Centro) con dirección:.....indicando en la comunicación "Protección de datos".