

Consentimiento de Tratamiento Facial y Corporal HIFU

Tipo: Consentimiento | Fecha: 18/02/2026 22:34
Cliente: Rodrigo Ezequiel Flor



Datos del Profesional de la Salud

Nombre y apellido	Matrícula	Especialidad
Fabiana Mosich	-	Pilates Reformer

Datos del Paciente

Nombre	Apellido	DNI	Edad
Rodrigo Ezequiel	Flor	34203496	37
Teléfono		E-mail	
01134952311		rodricavs@gmail.com	

Consentimiento

Acepto el tratamiento, manifiesto estar informado/a y de acuerdo con la información recibida previa a la consulta, liberando y deslindando de toda responsabilidad a CKEA.
Es de reconocimiento que se requiere de mi total colaboración para obtener un resultado óptimo del tratamiento.

Prohibida la Utilización en Estos Casos

Rellene el círculo correspondiente.

1. ¿Tiene alguna enfermedad autoinmune?	☐
No	☐
2. Colagenopatías, enfermedades inflamatorias crónicas.	☐
No	☐
3. Artritis reumatoide.	☐
No	☐
4. Parálisis facial, o antecedentes de Herpes Zoster facial.	☐
No	☐
5. Tiene audífonos o implantes cocleares.	☐
No	☐
6. Epilepsia.	☐
No	☐
7. Está embarazada.	☐
No	☐
8. Se implantó rellenos recientes (primer mes de colocación de rellenos como ácido hialurónico, grasas autógenas, etc.), sobre áreas de colocación de hilos tensores y de inyección de toxina botulínica.	☐
No	☐

Precauciones Relevantes

Rellene el círculo correspondiente.

1. Está menstruando, lactancia, inflamación de glándulas salivales.	☐
No	☐

2. Hidropesía o edema, pacientes hipertensos.

No

3. Sufre tics violentos o agitación.

No

4. Es paciente cardíaco (con marcapasos, etc.)

No

5. Sensibilidad de la piel, pérdida de la elasticidad de la piel, daño o úlceras en la piel.

No

6. Existencia de fracturas traumáticas, venas varicosas, tumores malignos.

No

7. Pérdida de sangre severa, afecciones de la sangre, tendencia al sangrado o dificultad en la coagulación.

No

8. Fue operado o tuvo un tratamiento exfoliante en la cara durante el período de convalecencia.

No

9. Finalizó algún tratamiento con radioterapia hace menos de tres meses.

No

10. Tiene alguna enfermedad autoinmune.

No

11. Colagenopatías.

No

Consentimiento Final

NO OLVIDE: Remover todos los objetos metálicos. Los teléfonos celulares deben estar lejos del área de tratamiento. Sentir una leve sensación de hormigueo durante el tratamiento es normal.

Doy mi consentimiento a ser fotografiada y/o filmada antes, durante y después del procedimiento, autorizando al profesional interviniente a utilizar mi imagen personal, en forma gratuita, la que podrá ser publicada en estudios y revistas científicas y/o expuesta en cualquier otro medio, con propósitos médicos educacionales, publicitarios o de difusión masiva.

Aceptado

Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínicos, liberando a todos los profesionales y administrativos de CKEA de cualquier responsabilidad sobre posibles efectos adversos.

Aceptado

He leído todas las contraindicaciones, comprendo las mismas y estoy de acuerdo con los términos y condiciones.

Aceptado

Fecha

-

Firma digital - 18/02/2026 22:34