



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	Fabiana Mosich
Matrícula	-
Especialidad	Pilates Reformer

Datos del Paciente

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

Fecha del Consentimiento

Fecha	2026-02-18
-------	------------

Consentimiento

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

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 educativos, 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



