

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTOS

Nombre del Cliente \_\_\_\_\_, mayor de edad, nacid@ el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, quien acredita identidad con \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ manifiesta de manera clara, consiente, libre y espontánea que AUTORIZA a **RAQUEL SANZ BLASCO** NIF.: **18049855-F** para que realice en su persona, tratamiento/s faciales y corporales conforme el siguiente detalle:

1. Indicar que tipo de tratamiento es:

- ☐ Facial
- ☐ Corporal
- ☐ Manicura
- ☐ Pedicura
- ☐ Terapia Manual
- ☐ Acupuntura

2. Indicar a través de que procedimiento a través del cual se va a realizar el tratamiento

- ☐ Manual
- ☐ Aparatología
- ☐ Ambos

**DEJA CONSTANCIA** que ha sido debidamente asesorad@ y orientad@ y le han sido contestadas a satisfacción todas las preguntas que ha formulado acerca de todo el (los) procedimientos.- **CONFIRMA** que se le han explicado detalladamente, en palabras entendibles y sencillas, el efecto y la naturaleza del (los) procedimientos que se le practicarán; así como sus mecanismos de aplicación, de acción, efectos secundarios, contraindicaciones o posibles riesgos o complicaciones y las molestias que se pueden sentir, aun teniendo un periodo post-tratamiento normal y que se le han detallado en iguales términos los productos que se le aplicarán dentro del/los tratamiento/s.- Asimismo **RECONOCE, ACEPTA Y DECLARA** expresamente que **COMPRENDE** que los procesos estéticos no son una ciencia exacta y que nadie puede garantizar la perfección absoluta, por lo que la obligación de quien participe de su atención desarrollando el/los procedimiento/s que corresponden al/los tratamiento/s elegido/ será siempre de medios y no de resultados.-

**EXPRESA QUE SE COMPROMETE A:**

- 1) seguir fielmente, en la mejor medida de sus posibilidades, las instrucciones impartidas para antes, durante y después del/los tratamiento/s solicitado/s
- 2) suministrar la información necesaria a los efectos de confeccionar la ficha clínica y,
- 3) no omitir ni alterar ningún dato personal ni antecedente clínico o quirúrgico

En particular MANIFIESTA que no padece ni le comprenden ninguna de las siguientes contraindicaciones:

|                                                                                    |    |    |  |
|------------------------------------------------------------------------------------|----|----|--|
| Embarazo                                                                           | SI | NO |  |
| Hipertensión                                                                       | SI | NO |  |
| Insuficiencia cardíaca desequilibrada, marcapasos u otros dispositivos eléctricos. | SI | NO |  |
| Trombosis, tromboflebitis o hemorragias activas                                    | SI | NO |  |
| Diabetes                                                                           | SI | NO |  |
| Cáncer o tumores                                                                   | SI | NO |  |
| Alergias                                                                           | SI | NO |  |
| Dermatitis                                                                         | SI | NO |  |
| Epilepsia                                                                          | SI | NO |  |
| Micosis                                                                            | SI | NO |  |
| Isquemias                                                                          | SI | NO |  |
|                                                                                    | SI | NO |  |
|                                                                                    | SI | NO |  |
|                                                                                    | SI | NO |  |
|                                                                                    | SI | NO |  |
|                                                                                    | SI | NO |  |

(Tachar lo que no corresponde, efectuar observaciones de ser necesario)

**DA FE** respecto de la veracidad de los datos personales y clínicos informados en general y, especialmente de los referidos en la tabla anterior y **ACEPTA** la responsabilidad civil y penal que la asiste por omisión o manifestación errónea sobre su estado real de salud a lo expuestos en el numeral anterior.

Finalmente, **REFIERE** haber entendido totalmente este **DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO** y lo reafirma en todos y cada uno de sus puntos, firmando al pie de conformidad.

Monzón, ..... de ..... del .....

Firma:

He sido informad@ por el Centro que los datos de este consentimiento serán incorporados y tratados en el fichero de CLIENTES, cuya finalidad es informativa para los profesionales del centro y que está registrado en la Agencia Española de Protección de Datos, según el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre; estos datos no podrán ser cedidos a ninguna empresa y podré revocar su inclusión en el citado fichero en el momento que lo desee, dirigiéndome a la dirección arriba indicada.