

Alkhuzai Beauty LLC

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO ESTÉTICO

Fecha: _____

Yo, _____, mayor de edad, nacida el _____, con documento de identidad _____, manifiesto de manera clara, consciente, libre y espontánea que autorizo a Alkhuzai Beauty LLC para realizar en mi persona el/los tratamiento/s estético/s que se detallan a continuación:

DETALLE DEL TRATAMIENTO

[Tipo de Tratamiento] [Procedimiento] [Aparatología Utilizada] [Objeto del Tratamiento]

DECLARACIONES

- Dejo constancia de que he sido debidamente asesorada y orientada sobre el/los procedimiento/s y he tenido la oportunidad de formular todas las preguntas necesarias.
- Confirmando que se me han explicado detalladamente el efecto, la naturaleza, los mecanismos de aplicación, los efectos secundarios, las contraindicaciones y los posibles riesgos o complicaciones del/los procedimiento/s.
- Reconozco, acepto y declaro expresamente que comprendo que los procesos estéticos no son una ciencia exacta y que nadie puede garantizar la perfección absoluta.

COMPROMISOS

Me comprometo a:

1. Seguir fielmente las instrucciones impartidas para antes, durante y después del/los tratamiento/s solicitado/s.
2. Suministrar la información necesaria para confeccionar la ficha clínica y no omitir ni alterar ningún dato personal ni antecedente clínico o quirúrgico.

CONTRACINDICACIONES

Manifiesto que no padezco ni me comprenden ninguna de las siguientes contraindicaciones:

- Embarazo: Sí / No
- Hipertensión: Sí / No
- Insuficiencia cardíaca desequilibrada, marcapasos u otros dispositivos eléctricos: Sí / No
- Trombosis, tromboflebitis o hemorragias activas: Sí / No
- Diabetes: Sí / No
- Cáncer o tumores: Sí / No
- Alergias: Sí / No
- Dermatitis: Sí / No
- Epilepsia: Sí / No
- Micosis: Sí / No
- Isquemias: Sí / No

VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN

Alkhuzai Beauty LLC

Doy fe respecto de la veracidad de los datos personales y clínicos informados en general y, especialmente, de los referidos en la tabla anterior. Acepto la responsabilidad civil y penal que me asiste por omisión o manifestación errónea sobre mi estado real de salud.

ENTENDIMIENTO DEL DOCUMENTO

Refiero haber entendido totalmente este documento de consentimiento y lo reafirmo en todos y cada uno de sus puntos, firmando al pie de conformidad.

*Firma del cliente

