



(Insertar Logo o Nombre del Gabinete)

MODELO CONSENTIMIENTO INFORMADO TRATAMIENTO ESTETICO

ROSARIO, ___ de _____ de 202__.-

Quien suscribe _____, mayor de edad, nacida el ___/___/___, quien acredita identidad con ___ N° _____ manifiesta de manera clara, consiente, libre y espontánea que **AUTORIZA** a _____, inscrita en la Matrícula N° _____ para el ejercicio de la Cosmetología Facial y Corporal dentro del ámbito de la 2ª Circunscripción de la provincia de Santa Fe, para que realice en su persona, tratamiento/s estético/s conforme el siguiente detalle:

TIPO TRATAMIENTO	PROCEDIMIENTO	APARATOLOGIA	OBJETO

1. Indicar si es tratamiento facial o corporal
2. Indicar a través de que procedimiento a través del cual se va a realizar el tratamiento
3. Consignar aparatología utilizada en caso de corresponder
4. Indicar cuál es el resultado que se busca obtener con el tratamiento

DEJA CONSTANCIA que ha sido debidamente asesorada y orientada 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	
HIPERTENSION	SI	NO	
INSUFICIENCIA CARDIACA DESEQUILIBRADA, MARCAPASOS U OTROS DISPOSITIVOS ELÉCTRICOS.	SI	NO	
TROMBOSIS, TROMBOFLEBITIS O HEMORRAGIAS ACTIVAS.	SI	NO	
DIABETES	SI	NO	
CANCER 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	

(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.

X
