



EXPEDIENTE GENERAL DEL PACIENTE

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:
Teléfono:	Correo electrónico:

Se le ha programado una serie de tratamientos no invasivos con el dispositivo Emsculpt Neo®.

El dispositivo está indicado para la lipólisis no invasiva (descomposición de la grasa) del abdomen y para la reducción de la circunferencia del abdomen y muslos con Piel Tipo I a Piel Tipo VI. Emsculpt Neo también está autorizado para la mejora del tono abdominal, el fortalecimiento de los músculos abdominales, el desarrollo de abdomen más firme. Fortalecimiento, tonificación y reafirmación de glúteos, muslos y pantorrillas. Mejora del tono muscular y la firmeza, para fortalecer los músculos de los brazos. **Iniciales:** _____

El proveedor del tratamiento le informará sobre las necesidades específicas de su tratamiento. El número recomendado de tratamientos es de 4 sesiones. El tratamiento toma típicamente alrededor de 20-30 minutos por sesión, con sesiones separadas por 5 a 10 días para el protocolo HIFEM + RF Advance / Gentle o 2-3 días para el protocolo HIFEM Classic. Es necesario completar una serie de tratamientos completos para maximizar la eficacia del tratamiento. Es posible que necesite tratamientos adicionales, dependiendo de sus metas.. **Iniciales:** _____

Antes del tratamiento, no está obligado a hacer nada especial, sin embargo, mantener su cuerpo bien hidratado es muy recomendable. El día del tratamiento, se recomienda usar ropa cómoda, lo que permite flexibilidad para un posicionamiento correcto durante el tratamiento. Para evitar la sudoración excesiva, el área tratada debe afeitarse o los pelos en el área de tratamiento deben recortarse antes del tratamiento. Además, el área tratada se limpiará con toallitas con alcohol antes del tratamiento para eliminar la humedad, el perfume, los humectantes o los aceites. Se le pedirá que retire todos los accesorios metálicos y dispositivos electrónicos. **Iniciales:** _____

He sido informado/a de que los resultados del tratamiento se pueden ver afectados por el consumo de tabaco o el consumo excesivo de alcohol, así como por trastornos alimentarios, medicamentos que esté tomando. Aunque no es necesario hacer ninguna dieta especial, le recomendamos que se alimente de forma saludable para potenciar y mantener los resultados. **Iniciales:** _____

ESTE FORMULARIO ES TAN SOLO UNA MUESTRA Y SE DA A CONOCER A LOS CLIENTES DE BTL ÚNICAMENTE CON EL OBJETIVO DE FOMENTAR EL DIÁLOGO DE LOS CLIENTES DE BTL CON SUS ABOGADOS SOBRE EL USO DE DICHO FORMULARIO. BTL INDUSTRIES NO CERTIFICA O GARANTIZA LA SUFICIENCIA LEGAL O EXIGIBILIDAD DE ESTA MUESTRA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

EMSCULPT^{neo}®

El tratamiento no requiere anestesia. Durante la aplicación, sentirás contracciones musculares intensas y sensación de calentamiento en la zona tratada. Es importante tener en cuenta que puede sentir una intensa sensación de calentamiento durante el tratamiento, pero nunca debe ser dolorosa. Pídale a su proveedor que reajuste la intensidad en caso de que sienta algún dolor o molestia. El procedimiento no requiere ningún tiempo de recuperación. Por lo general, puedes volver a tu rutina diaria justo después del tratamiento. **Iniciales:** _____

Soy consciente de **NO** usar ningún accesorio metálico (como joyas, reloj o ropa que contenga hilos metálicos o accesorios metálicos) durante el tratamiento. También reconozco que no tengo ningún implante metálico o electrónico (como marcapasos, desfibriladores, DIU metálicos, etc.) **Iniciales:** _____

Conteste, por favor, si en la actualidad presenta o ha presentado cualquiera de los siguientes puntos*:

- | | | |
|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| ▪ Implantes metálicos o electrónicos | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| ▪ Marcapasos implantable o desfibrilador/ cardioversor automáticos | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| ▪ Bombas de medicamento | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| ▪ Insuficiencia pulmonar | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| ▪ Músculos lesionados o deteriorados de otra manera | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| ▪ Tumor maligno | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| ▪ Enfermedades cardiovasculares | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| ▪ Perturbación de la percepción de la temperatura o del dolor | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| ▪ Condiciones hemorrágicas | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| ▪ Afecciones sépticas y empiema | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| ▪ Acute inflammations | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| ▪ Infección sistémica o local como osteomielitis y tuberculosis | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| ▪ Enfermedad cutánea contagiosa | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| ▪ Temperatura corporal elevada | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| ▪ Embarazo, período pos parto, lactancia y la menstruación | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| ▪ La enfermedad de Basedow | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| ▪ IUD metálico | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |

ESTE FORMULARIO ES TAN SOLO UNA MUESTRA Y SE DA A CONOCER A LOS CLIENTES DE BTL ÚNICAMENTE CON EL OBJETIVO DE FOMENTAR EL DIÁLOGO DE LOS CLIENTES DE BTL CON SUS ABOGADOS SOBRE EL USO DE DICHO FORMULARIO. BTL INDUSTRIES NO CERTIFICA O GARANTIZA LA SUFICIENCIA LEGAL O EXIGIBILIDAD DE ESTA MUESTRA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

EMSCULPT^{neo}®

- Procedimientos quirúrgicos recientes (la contracción muscular puede alterar la cicatrización) SÍ NO
- Áreas de la piel que carecen de sensación normal SÍ NO

Si ha contestado SÍ a alguna de estas preguntas, especifique, por favor:

Por favor responda lo siguiente:

- ¿Has estado embarazada?
 - Cesárea
 - Nacimiento vaginal
- ¿Estás satisfecho con la fuerza de tus músculos centrales? SÍ NO
- ¿Está satisfecho con la forma de su glúteo? SÍ NO
- ¿Está satisfecho con el tono de sus brazos? SÍ NO
- ¿Está satisfecho con el tono de sus pantorrillas? SÍ NO
- ¿Está satisfecho con el tono de sus muslos? SÍ NO

*Para obtener toda la lista de los posibles efectos adversos, consulte con el proveedor de su tratamiento.

Consideraciones de tratamiento

- Soy consciente de que el tratamiento no se puede aplicar sobre la cabeza, el corazón y el cuello. **Iniciales:** _____
- Soy consciente de que el embarazo está contraindicado, y las mujeres embarazadas no pueden someterse al tratamiento. **Iniciales:** _____

ESTE FORMULARIO ES TAN SOLO UNA MUESTRA Y SE DA A CONOCER A LOS CLIENTES DE BTL ÚNICAMENTE CON EL OBJETIVO DE FOMENTAR EL DIÁLOGO DE LOS CLIENTES DE BTL CON SUS ABOGADOS SOBRE EL USO DE DICHO FORMULARIO. BTL INDUSTRIES NO CERTIFICA O GARANTIZA LA SUFICIENCIA LEGAL O EXIGIBILIDAD DE ESTA MUESTRA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

EMSCULPT^{neo}®

- Soy consciente de que, como es el caso con todas las terapias basadas en el calor, en casos raros, pueden ocurrir quemaduras. **Iniciales:** _____
- Soy consciente de que los aplicadores deben estar en pleno contacto con la piel desnuda. **Soy consciente de que ninguna terapia no se puede realizar a través de la ropa. Iniciales:** _____
- Entiendo que hay ciertos riesgos asociados con los tratamientos EMSCULPT NEO. Los efectos secundarios incluyen pero no se limitan al dolor muscular, disminución de grasa intramuscular, espasmo muscular temporal, dolor temporal en las articulaciones o tendones, eritema local o enrojecimiento de la piel, aumento del flujo menstrual en pacientes femeninos y panniculitis*. **Iniciales:** _____

Entiendo que el tratamiento sobre los músculos lesionados o deteriorados está contraindicado* **Iniciales:** _____

- Entiendo que el tratamiento puede implicar riesgos de complicaciones o lesiones por causas conocidas y desconocidas, y asumo libremente estos riesgos. **Iniciales:** _____
- Estoy de acuerdo en que antes y después del tratamiento se hagan fotografías, se tomen medidas y peso puesto que será útil para la evaluación médica de los resultados del tratamiento. La información se recopilará para registros médicos o con fines comerciales. **Iniciales:** _____
- Entiendo que los resultados pueden variar de una persona a otra y que no se puede predecir un resultado exacto. Es poco probable pero posible que no note unos resultados reconocibles después del procedimiento. He sido informado/a de que los resultados pueden no cumplir con mis expectativas. **Iniciales:** _____
- Certifico que he leído todo el documento y que estoy de acuerdo con todas las cláusulas. Certifico que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y que las respuestas a estas preguntas han sido satisfactorias. Entiendo completamente las condiciones del tratamiento, el procedimiento y los posibles efectos adversos. **Iniciales:** _____
- He leído la información anterior y solicito y doy mi consentimiento para recibir tratamiento con el procedimiento EMSCULPT NEO por el/los médico(s) de este consultorio y el personal designado. **Iniciales:** _____

Mi firma abajo indica que la información anterior es correcta y está actualizada.

ESTE FORMULARIO ES TAN SOLO UNA MUESTRA Y SE DA A CONOCER A LOS CLIENTES DE BTL ÚNICAMENTE CON EL OBJETIVO DE FOMENTAR EL DIÁLOGO DE LOS CLIENTES DE BTL CON SUS ABOGADOS SOBRE EL USO DE DICHO FORMULARIO. BTL INDUSTRIES NO CERTIFICA O GARANTIZA LA SUFICIENCIA LEGAL O EXIGIBILIDAD DE ESTA MUESTRA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

EMSCULPT^{neo}®

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

Testigo (en letra de imprenta _____ **Firma:** _____ **Fecha:** _____

Nombre del consultorio: _____

Para obtener toda la lista de los posibles efectos adversos, consulte con el proveedor de su tratamiento.

ESTE FORMULARIO ES TAN SOLO UNA MUESTRA Y SE DA A CONOCER A LOS CLIENTES DE BTL ÚNICAMENTE CON EL OBJETIVO DE FOMENTAR EL DIÁLOGO DE LOS CLIENTES DE BTL CON SUS ABOGADOS SOBRE EL USO DE DICHO FORMULARIO. BTL INDUSTRIES NO CERTIFICA O GARANTIZA LA SUFICIENCIA LEGAL O EXIGIBILIDAD DE ESTA MUESTRA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

REGISTRO DEL TRATAMIENTO

Nombre o ID del paciente:: _____

Zona(s) de tratamiento: _____

Altura: _____ || Edad: _____

SESIÓN N.º	FECHA	PROTOCOLO	DURACIÓN DEL TRATAMIENTO	INTENSIDAD HIFEM	INTENSIDAD RF	MEDICIÓN DE LA CIRCUNFERENCIA	PESO (cada visita)	FOTOS (cada visita)	ADECUADAMENTE HIDRATADO	INICIALES DEL OPERADOR
1								SI/ NO	SI/ NO	
2								SI/ NO	SI/ NO	
3								SI/ NO	SI/ NO	
4								SI/ NO	SI/ NO	
5								SI/ NO	SI/ NO	

NOTAS: