

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTOS FACIALES

Phi Clinic LLC

Información del Paciente

Nombre Completo:

Fecha de Nacimiento:

Teléfono:

Correo Electrónico:

Información del Tratamiento

Yo, _____ doy mi consentimiento para recibir un tratamiento facial no invasivo, el cual puede incluir, pero no se limita a:

- Limpieza Facial Profunda
- Facial Hidratante
- Peeling Químico
- Microdermoabrasión
- Terapia de Luz LED
- Dermaplaning
- Microneedling (excluyendo PRP)
- Otro: _____

Reconocimiento y Riesgos

Entiendo que:

- Este tratamiento no es un procedimiento médico y no reemplaza la atención dermatológica profesional.
- Puedo experimentar enrojecimiento temporal, irritación leve o sensibilidad después del procedimiento.
- Debo informar cualquier alergia, afección cutánea o tratamientos recientes antes de proceder.
- Los resultados varían según la persona y pueden ser necesarias varias sesiones para obtener resultados óptimos.

- Algunos tratamientos pueden aumentar la sensibilidad de la piel al sol, por lo que es necesario aplicar protector solar.

Contraindicaciones

Confirmando que ****NO**** padezco de ninguna de las siguientes condiciones que podrían contraindicar el tratamiento:

- Infecciones activas de la piel en la zona a tratar
- Herpes activo o antecedentes de brotes frecuentes
- Quemaduras solares recientes o piel extremadamente irritada
- Alergias graves a productos utilizados en el tratamiento
- Enfermedades autoinmunes activas que afectan la piel
- Uso reciente de tratamientos como isotretinoína (Accutane)

Consentimiento y Liberación de Responsabilidad

Al firmar este documento, confirmo que he sido informado(a) sobre el procedimiento, sus beneficios y posibles riesgos. Entiendo que los resultados pueden variar y que no se garantiza un resultado específico.

Doy mi consentimiento para que se realice este tratamiento facial y libero de toda responsabilidad a Phi Clinic LLC y sus especialistas en caso de cualquier reacción adversa que pueda surgir como resultado del procedimiento.

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

Firma del Profesional: _____