

FICHA CLÍNICA Lipólisis percusiva

Fecha: _____

Nombre: _____ Edad: _____

Género: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ e-mail: _____

Historial médico:

Alergias: _____

Condiciones médicas preexistentes: _____

Medicamentos actuales: _____

Información del tratamiento:

Áreas a tratar: _____

Tipo de tratamiento: **Criolipólisis / Percusiones / Otro:** _____

Número de sesiones previstas: _____

Evaluación de piel y adiposidad:

Tipo de piel: **Seca / Normal / Grasa / Mixta**

Elasticidad de la piel: **Buena / Media / Baja**

Grado de adiposidad localizada: **Leve / Moderado / Severo**

Ubicación de la adiposidad: _____

Objetivos del tratamiento:

Objetivos específicos del paciente: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO -LIPÓLISIS PERCUSIVA-

He recibido información completa sobre los beneficios, riesgos, y cuidados post-tratamiento del procedimiento de reducción de grasa seleccionado. Entiendo que los resultados pueden variar y doy mi consentimiento para proceder con el tratamiento.

Firma del paciente

Firma del médico o
profesional de la salud

Fecha

Fecha

Notas del profesional:

Observaciones pre-tratamiento: _____

Observaciones post-tratamiento: _____

Plan de seguimiento: _____

Consentimiento para uso de imágenes:

Autorizo / No autorizo el uso de mis imágenes antes y después para fines educativos o promocionales.

Firma del paciente

Fecha