

CONSENTIMIENTO INFORMADO DRENAJE LINFATICO FACIAL

Yo,

en pleno uso de mis facultades mentales y actuando de manera voluntaria, doy mi consentimiento para someterme al procedimiento de Drenaje Linfático Facial.

Entiendo que el Drenaje Linfático Facial es un procedimiento terapéutico que consiste en manipulaciones suaves y rítmicas sobre la piel con el objetivo de estimular el sistema linfático y promover la eliminación de toxinas, reducir la retención de líquidos y mejorar la circulación linfática en la zona facial.

He sido informado(a) de que este procedimiento puede implicar riesgos mínimos, como enrojecimiento temporal, sensibilidad o irritación leve de la piel.

Acepto que se me ha explicado detalladamente en qué consiste el procedimiento, así como los posibles riesgos y complicaciones asociados, y he tenido la oportunidad de realizar todas las preguntas necesarias para aclarar cualquier duda que pueda tener.

Reconozco que los resultados del Drenaje Linfático Facial pueden variar de persona a persona y que los

resultados finales pueden no ser completamente predecibles.

Entiendo que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes o durante el procedimiento, y que se me proporcionará información adicional si así lo requiero.

En vista de lo anterior, consiento voluntariamente en someterme al procedimiento de Drenaje Linfático Facial, entendiendo plenamente sus implicaciones y aceptando los posibles riesgos que conlleva.

Nombre y firma de profesional: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre de cliente _____

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre del Testigo (si aplica): _____

Firma del Testigo (si aplica): _____

Fecha: _____