

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO DE THERMOSPINING

Buenos Aires

Fecha...../...../20.....

Yo....., hago saber que se me ha propuesto efectuar el tratamiento conocido como **THERMOSPINING**

1. Se me ha explicado que el **thermospining** al incrementar la circulación sanguínea tiene por objetivo: fortalecer el sistema cardiovascular, consumir mayor porcentaje de calorías que con el ejercicio convencional, eliminar dolores corporales, relajar los músculos y aumenta su flexibilidad, limpiar profundamente la piel y eliminar desechos tóxicos del organismo permitiendo una mejor oxigenación, dar vigor al sistema inmunológico, reducir la tensión y la fatiga, eliminar células muertas de la piel, mejorar y reafirmar el tono y la elasticidad de la piel, estimular la producción de colágeno y elastina natural de la piel, desvanecer paulatinamente las cicatrices y retardar en forma significativa el proceso integral del envejecimiento.

2. Fui informado/a que el tratamiento se efectúa en una cabina ionizada y térmica en la que se hacen ejercicios guiados por un programa de pedaleo (bicicleta). Este tratamiento combina trabajo aeróbico con aniones y gas ozono a 36 grados centígrados, lo que establece que se cree un ambiente específico y predeterminado para el trabajo físico y de modelación corporal. El **thermospining** actúa sobre el proceso bioquímico de thermolipólisis destruyendo las células grasas.

Cada sesión de tratamiento dura 25 minutos, y la cantidad de sesiones dependerá de la situación de cada individuo y los objetivos que se quieren lograr.

3. Informo que el procedimiento me ha sido totalmente explicado por el profesional, por lo que entiendo la naturaleza, objetivos y eventuales complicaciones del mismo, así como también comprendo que pueden ser necesarias más de una sesión para lograr o mantener los beneficios logrados con el tratamiento.

4. Se me ha explicado y he comprendido que existen otras alternativas al tratamiento propuesto, siendo que, para mi caso particular es aconsejable la realización de este procedimiento.

5. Hago saber que se me ha dado la oportunidad de hacer todas aquellas preguntas que consideré pertinentes, todas las cuales me han sido contestadas satisfactoriamente.

6. Además se me han explicado y he comprendido que al igual que cualquier otro tipo de tratamiento, este no se encuentra libre de eventos adversos, los cuales también puede hallarse relacionados con el estado vital de la persona, exponiendo a modo de ejemplo las siguientes: deshidratación, cambios metabólicos, modificaciones de los electrolitos a nivel plasmático, etc.

7. Estoy en conocimiento que durante el curso del tratamiento condiciones especiales pueden requerir acciones extras o diferentes a las originariamente previstas; por lo que autorizo al profesional, y/o quien él designe, realice/n los procedimientos o intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional.

8. Soy consciente que la práctica de la Medicina no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el profesional me ha informado adecuadamente del resultado deseado del tratamiento, no me ha sido garantizado la obtención del mismo.

9. Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución del tratamiento realizado cumpliendo fielmente los controles y cuidados que el médico me ha explicado y los que me indique una vez realizado el mismo, como así también tener en cuenta las pautas de alarma explicitadas, todo hasta que posea el alta médica; informando de manera inmediata al profesional sobre cualquier

complicación o cambio que apareciera en la evolución normal de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.

10. Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos, ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas por otros profesionales.

11. Manifiesto ser alérgico/a a:

12. Autorizo al profesional interviniente a efectuar la documentación del procedimiento por fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, siempre que se haga absoluta reserva de mi identidad.

13. Habiendo recibido y comprendido todas las explicaciones previamente expuestas, alcances, características, beneficios y riesgos del tratamiento propuesto, autorizo al/la **Dr./a**....., y a su equipo, a realizar el procedimiento mencionado.

Firma del paciente:

Documento:

Aclaración:

Firma del Médico:

Aclaración/ Sello: