



Ingreso de Paciente (Cliente)

Apellido, Nombre: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Tipo de Procedimiento: _____

¿Alguna vez has utilizado equipo de escultura corporal?: _____

¿Cuál es el motivo de su visita? ¿Cuál es su expectativa?: _____

Condición Cardíaca: _____ Lupus: _____ Diabetes: _____

Alergias por contacto: _____ Hemofilia: _____ Enfermedades de la piel: _____

Heridas Abiertas: _____ Presión arterial alta o baja: _____

Historia del Herpes: _____ Medicamento Actual: _____

Tornillos u otros metales: _____ Várices: _____

¿Estás tomando medicamentos?: _____ ¿Estás amamantando?: _____

¿Estás tomando pastillas para adelgazar?: _____ Cualquier otra condición de salud no mencionada: _____ ¿Estás bajo el cuidado de un médico? _____

Cáncer activo: _____ ¿Fumas? _____ ¿Estás embarazada? _____

¿Tienes problemas circulatorios o respiratorios? _____

¿Has tenido alguna operación quirúrgica recientemente?? _____

Entiendo que estoy realizando Tratamientos de Esculpido Corporal bajo mi propio riesgo. Entiendo que la administración de este establecimiento y sus empleados no asumen ninguna responsabilidad de ningún tipo. Se me ha informado sobre el tratamiento que estoy a punto de realizar, y he sido honesto sobre mi salud y bienestar. Confirmando que informaré a My Aspiration Spa si ocurre algún cambio en mi salud durante el tratamiento.

Firma

Fecha



Contrato del Cliente

Por favor, lea todos los elementos a continuación y firme junto a cada uno.

_____ Entiendo que el procedimiento puede resultar en una mejora de la apariencia y se utiliza típicamente para pequeñas y obstinadas bolsas de grasa. El tratamiento implica el uso de cavitación, terapia de vacío, radiofrecuencia, envolturas térmicas, terapia con madera y lipólaser para descomponer la grasa en las capas subcutáneas.

_____ Entiendo que puedo necesitar una serie de tratamientos, normalmente con al menos dos a cuatro días entre procedimientos, para alcanzar el máximo resultado cosmético.

_____ Comprendo que el tratamiento de escultura corporal conlleva posibles complicaciones y consecuencias para la salud, que incluyen, pero no se limitan a, el riesgo de insuficiencia renal, insuficiencia hepática, fallo en el marcapasos, aborto espontáneo, daño a la tiroides, hiperlipidemia, hipercolesterolemia, pancreatitis o reacción alérgica a cualquiera de los productos utilizados, sed excesiva, deshidratación. Las náuseas también pueden ser un efecto secundario del tratamiento.

_____ Reconozco que no se me ha dado ninguna garantía, promesa o aseguramiento verbal implícito o por escrito respecto al resultado del procedimiento.

_____ Entiendo que los resultados individuales pueden variar. No se hacen garantías respecto a los resultados esperados de este procedimiento. Estoy feliz de continuar con este tratamiento.

_____ Doy pleno consentimiento para el uso de mis imágenes de antes y después con fines de marketing, siempre que se oculten todas las características identificativas y que no haya manera de identificarme a partir de la imagen. Las imágenes se mantendrán durante 6 años y pueden ser utilizadas en caso de que se presente una reclamación en nuestra contra. Se almacenarán en un disco duro con contraseña encriptada.

_____ Entiendo que tengo acceso completo a todos los datos que se tienen sobre mí. Estos datos serán retenidos por la clínica por un máximo de 6 años con fines de seguro, después de los cuales, la información digital se eliminará permanentemente y los documentos en papel serán destruidos. Toda la información sobre mí se mantiene en discos duros encriptados por contraseña o guardada en archivadores a los que solo tienen acceso miembros del personal seleccionados. Ninguno de mis datos personales será vendido o utilizado para nada más que proporcionar los servicios de esta clínica.

_____ Reconozco que toda la información que proporciono en mi formulario de historial médico es correcto y, por lo tanto, creo que soy físicamente capaz de participar en el

tratamiento de My Aspiration Spa. Informaré sobre cualquier problema de salud significativo que pueda ocurrir durante el transcurso del programa.

_____ Entiendo que el tratamiento es un programa de condición médica. Entiendo los riesgos de cualquier servicio recibido en My Aspiration Spa. También entiendo que no puedo esperar resultados en una sola sesión; los resultados a veces pueden notarse y lograrse dentro de 6 a 12 sesiones.

_____ Soy consciente de que My Aspiration Spa no diagnostica ninguna condición médica. Entiendo los riesgos de cualquier servicio recibido por My Aspiration Spa, incluyendo, pero no limitado a, cualquier lesión corporal y reacciones de la piel. Explicar que el tratamiento puede causar un dolor moderado. My Aspiration Spa se libera de cualquier responsabilidad como resultado de cualquiera de sus tratamientos recibidos.

_____ Soy consciente de que todos los archivos, fotos y medidas son propiedad de My Aspiration Spa y le doy permiso a My Aspiration Spa para publicar datos estadísticos y fotos tomadas durante el curso del programa.

_____ Entiendo que My Aspiration Spa tiene una estricta política de cancelación de 24 horas y si tengo que cancelar una cita dentro de las 24 horas previas a la hora programada, soy responsable de pagar toda la sesión.

_____ Soy consciente de que cada medida de seguridad será realizada por el personal y puede incluir la negativa a mi tratamiento si se considera inseguro.

_____ Entiendo que debo seguir el plan de dieta preparado por My Aspiration Spa y que no seguir el plan de dieta puede limitar el potencial de pérdida de peso del programa de adelgazamiento.

_____ Soy consciente de que el pago inicial, que se utiliza para la consulta, fotos, plan de dieta y los primeros seis tratamientos ya no será reembolsable.

_____ Estoy de acuerdo en que si utilizo cualquier equipo o instalaciones en el local (incluido el estacionamiento), lo hago bajo mi propio riesgo. Estoy de acuerdo en que participo voluntariamente en las actividades en el local y asumo todo riesgo de lesiones, enfermedad, daño o pérdida para mí o mis bienes personales. Estoy de acuerdo en liberar, eximir de responsabilidad, a My Aspiration Spa (y sus afiliados, empleados, contratistas independientes, agentes, representantes, sucesores y cesionarios) de cualquier y todas las reclamaciones o causas de acción (conocidas o desconocidas) que surjan de su negligencia. Reconozco que he leído cuidadosamente esta exención de cualquier derecho que pueda tener para presentar una acción legal y perseguir una reclamación contra My Aspiration Spa por su negligencia.

_____ Yo, como cliente de My Aspiration Spa, entiendo y acepto que cualquier información que me hayan dado es gratuita de My Aspiration Spa, sus empleados o entidades con fines de lucro asociadas. También entiendo que no puedo proporcionar ninguna información detallada sobre el

tratamiento que pueda ser considerada como "secretos comerciales" a nadie en absoluto. My Aspiration Spa se reserva el derecho de tomar cualquier acción legal que considere necesaria en contra de usted y/o cualquier asociado por el uso indebido de esta valiosa información.

_____ Usted acepta que en caso de que alguna cláusula o disposición de este Acuerdo y la Liberación sean consideradas inválidas por cualquier tribunal de jurisdicción competente, la invalidez de dicha cláusula o disposición no afectará a las demás disposiciones restantes, que seguirán siendo requeridas. Este Acuerdo se registrará e interpretará de acuerdo con las leyes de California. Cualquier controversia o reclamación que surja de o esté relacionada con cualquier servicio que reciba en My Aspiration Spa será resuelta mediante arbitraje vinculante en el Condado de San Bernardino, administrado por el Centro de Mediación y Arbitraje Judicial ("JAMS").

_____ Soy consciente de y estoy completamente de acuerdo con los términos y condiciones.

_____ Confirmando que, según mi leal saber y entender, la información que he proporcionado es correcta y que no hay otra información médica que deba revelar.

_____ Entiendo que los tratamientos y productos no son una ciencia exacta y, por lo tanto, no se puede garantizar los resultados del tratamiento mencionado en este documento. Acepto y entiendo que el objetivo de este tratamiento es la mejora, no la perfección, y que no hay garantía de que se logren los resultados anticipados.

_____ He sido completamente informado y entiendo el uso del My Aspiration Spa y acepto la responsabilidad personal por mis tratamientos. Entiendo que My Aspiration Spa y su personal no son responsables de ninguna lesión a la persona causada de cualquier manera por el uso de sus servicios o instalaciones. Por la presente autorizo a My Aspiration Spa a tomar fotografías de mí para utilizarlas como ayuda en mi tratamiento. Soy consciente de que los resultados logrados por este tratamiento pueden variar de persona a persona, y reconozco que no se me han hecho promesas ni garantías en cuanto a los resultados de este tratamiento.

Nombre del Paciente (Cliente)

Firma del Paciente (Cliente)

Fecha

Firma del Practicante

Fecha