



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Manifiesto de manera clara, consiente, libre y espontánea que **AUTORIZO** a **CENTRO DE SALUD GUNTER MUND LTDA**, a la prestación de el o los servicios que he contratado. de masoterapeuta, Cosmetología Facial y otros servicios para que realice en su persona, tratamiento/s de salud y belleza conforme el siguiente detalle:

CONFIRMO que entiendo, el efecto y la naturaleza de (los) servicios que se me practicarán; así como sus mecanismos de aplicación, de acción, efectos secundarios, contraindicaciones o posibles riesgos o complicaciones y las molestias que se pueden sentir, aun teniendo un periodo postratamiento normal y que se le han detallado en iguales términos respecto de los productos que se le aplicarán dentro del/los tratamientos/s.

Asimismo, **RECONOZCO, ACEPTO Y DECLARO** expresamente que **COMPREENDO** que el servicio entregado se debe realizar en personas sin contraindicaciones tales como; Patologías severas lumbares, que no es recomendable para personas que tengan traumatismos, esguinces, contusiones, derrames articulares, heridas o infección en la piel. **MANIFIESTO** que no padezco ninguna de las siguientes contraindicaciones: hipertensión, insuficiencia cardíaca desequilibrada, marcapasos u otros dispositivos eléctricos, trombosis, tromboflebitis o hemorragias activas, diabetes, cáncer o tumores, alergias severas, dermatitis, epilepsia, micosis o isquemias.

En caso de estar embarazada, declaro tener consentimiento escrito de mi médico tratante para la realización de el o los servicios que estoy contratando.

EXPRESO QUE ME COMPROMETO A:

- 1) Seguir fielmente, en la mejor medida de sus posibilidades, las instrucciones impartidas para antes, durante y después del/los servicios/s solicitado/s;
- 2) Suministrar la información necesaria (antecedentes médicos) que se deban considerar para efecto de tomar los servicios. - (Uso de sauna en personas con patologías base hipertensión, cardiología, mayores de 65 años, insuficiencia cardíaca)
- 3) No omitir ni alterar ningún dato personal ni antecedente clínico o quirúrgico.
- 4) Seguir todas las instrucciones tanto escritas como de parte de nuestro staff y no incurrir en acciones que pongan en riesgo mi seguridad, ni la de otros clientes, así como trabajadores del establecimiento.

DOY FE respecto de la veracidad de los datos personales y clínicos, liberando de toda responsabilidad legal Civil u otra por la omisión o manifestación errónea sobre su estado real de salud a lo expuestos en el numeral anterior.-