**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**MESOTERAPIA VIRTUAL FACIAL**

**TRATAMIENTO.** Consiste en aumentar la permeabilidad de la piel, de tal modo que el poro se abre y permite que el principio activo usado penetre hasta la dermis media, mediante una corriente de baja intensidad que consigue el mismo. De esta forma, se consigue el mismo efecto que con la mesoterapia inyectada, pero sin necesidad de agujas, sin riesgos y evitando desagradables hematomas.

**Beneficios.** Al tener efecto flash se consiguen resultados manifiestos una vez finalizada la sesión, los cuales mejoran pasadas 24 horas, consiguiendo el relleno de arrugas y aminorando las bolsas de los ojos y ojeras; por otra parte, y dado que este tratamiento activa la producción de colágeno origina la reafirmación de la piel en la zona tratada. Además:

* Estimula la regeneración de las fibras celulares mejorando la hidratación y luminosidad en la piel.
* Iguala el tono de la piel y refuerza el tono muscular.
* Favorece la circulación sanguínea y linfática.
* Rejuvenece la piel
* Mejora de hiperpigmentación y líneas de expresión

**Duración.** El tratamiento se debe llevar a cabo de una a dos veces por semana dependiendo de las indicaciones del/a profesional, una vez conseguidos unos resultados óptimos se podrán espaciar a una sesión cada 15 días o una cada mes.

|  |  |
| --- | --- |
| **CONSIDERACIONES PARA UN CORRECTO RESULTADO** | |
| **UN MES ANTES** | **UNA SEMANA ANTES** |
| * No es necesario someterse a cuidados previos. | * No es necesario someterse a cuidados previos. |
| **INFORMAR AL OPERADOR/RA** | **DESPUÉS DEL TRATAMIENTO** |
| * Si padece algunas situaciones contempladas como incompatibles para recibir el tratamiento. * De cualquier otra situación que a su juicio se debe conocer antes de realizar el tratamiento. | * Seguir las instrucciones del profesional encargado de realizarlo. * No exponerse al sol o rayos UVA durante el tiempo que se esté realizando el tratamiento y hasta después de una semana. |

|  |  |
| --- | --- |
| **NO SE SOMETERÁ AL TRATAMIENTO SI** | **POSIBLES RIESGOS** |
| * Presenta heridas o erosiones en la zona a tratar. * Infecciones en la piel, alergias o atopías cutáneas. * Marcapasos o prótesis metálicas craneales. * Ingesta oral de antiagregantes plaquetarios. * Diabetes activa o incontrolada. * Patologías oncológicas. * Embarazo. * Periodo de lactancia. | * Hematomas. * Sensación de ardor, o dolor leve o moderado. * Reacciones cutáneas. * Irregularidades en los tejidos en forma de “huecos” en la piel. |

Por el presente manifiesto que quedo enterado/a del contenido del presente documento, así como he observado las instrucciones incluid0as en el mismo, por lo que acepto que se me realice el tratamiento, fechándolo y firmándolo a continuación en prueba de conformidad. Al mismo, autorizo la toma de fotografías iniciales, durante el tratamiento y los resultados finales para unir a mi dossier/expediente/ficha, así como su publicación en caso que sea necesario, y el envío electrónico de publicidad y documentos.

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE Y APELLIDOS |  |
| DNI |  |
| FIRMA |  |

EN CASO DE SER MENOR DE EDAD, DNI Y FIRMA DE UNO DE LOS PADRES O TURORES.