# FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO – NOVOCHAIR

Entrenamiento del suelo pélvico basado en EMS (estimulación muscular eléctrica)

## 01. DATOS DEL CLIENTE

Nombre: _____ Correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento / N.º de identificación (si procede): _____ Número de teléfono: _____

## 02. INFORMACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO

NovoChair es un tratamiento no invasivo de EMS centrado en los músculos del suelo pélvico. EMS significa estimulación muscular eléctrica y activa los músculos mediante contracciones musculares rítmicas. El tratamiento puede ser relevante para las siguientes áreas:

- Suelo pélvico después del embarazo o del parto
- Salud del suelo pélvico
- Entrenamiento del suelo pélvico
- Bienestar y función íntimos
- Función del suelo pélvico, problemas relacionados con la próstata o función eréctil
- Pérdidas de orina al toser, reír, hacer ejercicio o al experimentar urgencia urinaria

El tratamiento no sustituye la atención médica, la exploración, el diagnóstico ni el tratamiento médico.

## 03. PROCESO, RESULTADOS ESPERADOS Y CUIDADOS POSTERIORES

Se me ha informado de que:

- El tratamiento puede sentirse como vibraciones, hormigueo y contracciones musculares perceptibles en la zona tratada.
- El tratamiento no debería ser doloroso y la intensidad puede ajustarse según mi nivel de comodidad.
- Los resultados y las experiencias individuales pueden variar.
- Para obtener resultados a más largo plazo, generalmente se recomienda una serie de tratamientos siguiendo las recomendaciones de la clínica.
- Pueden aparecer temporalmente fatiga muscular, sensibilidad o dolor, hormigueo, sensación de calambres o molestias.
- Debo informar inmediatamente al profesional si experimento dolor, mareos, molestias, palpitaciones, náuseas o cualquier otra reacción inusual.
- Debo ponerme en contacto con la clínica o con un profesional sanitario si experimento una reacción inesperada después del tratamiento.

## 04. INFORMACIÓN IMPORTANTE Y CONTRAINDICACIONES

**El tratamiento no debe realizarse si lleva un DIU de cobre. Otras condiciones requieren una evaluación médica:**

- Embarazo
- Epilepsia
- Piercing genital
- Marcapasos o desfibrilador implantable
- Lesión cerebral o cirugía cerebral previa
- Dolor, heridas o hinchazón en la zona de tratamiento
- Cirugía reciente en la zona de tratamiento o cerca de ella
- Implantes metálicos o electrónicos a menos de 10 cm de la zona de tratamiento

• Cáncer activo sin autorización médica

• Infección activa o fiebre

• Debilidad cardíaca conocida o enfermedad cardíaca importante

• Bomba de medicación u otro dispositivo médico implantado activo

• Ictus o infarto cerebral en los últimos 6 meses

## 05. CUESTIONARIO DE SALUD

Marque todas las opciones que se apliquen a su caso:

☐ Embarazo

☐ DIU de cobre

☐ Piercing genital

☐ Epilepsia

☐ Marcapasos o desfibrilador implantable

☐ Cáncer activo sin autorización médica

☐ Infección activa o fiebre

☐ Debilidad cardíaca conocida o enfermedad cardíaca importante

☐ Lesión cerebral o cirugía cerebral previa

☐ Dolor, heridas o hinchazón en la zona de tratamiento

☐ Cirugía reciente

☐ Implante metálico o electrónico a menos de 10 cm de la zona de tratamiento

☐ Bomba de medicación u otro dispositivo médico implantado activo

☐ Ictus o infarto cerebral en los últimos 6 meses

☐ Otra condición de salud relevante:

_____

## 06. CONSENTIMIENTO

Confirmo que:

• He recibido información escrita y verbal sobre el tratamiento.

• Se me ha informado del proceso previsto del tratamiento y entiendo que los resultados pueden variar.

• Se me ha informado de los posibles riesgos, efectos secundarios y molestias.

• Se me ha informado de las condiciones que pueden hacer que el tratamiento no sea adecuado para mí.

• He recibido información sobre las recomendaciones posteriores al tratamiento y sobre cuándo debo ponerme en contacto con la clínica o con un profesional sanitario.

• He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el tratamiento.

• He proporcionado información precisa y completa en el cuestionario de salud.

• Soy responsable de informar a la clínica de cualquier cambio en mi estado de salud antes de futuros tratamientos.

• Entiendo que el tratamiento no sustituye la atención médica, el diagnóstico ni el tratamiento médico.

• Doy mi consentimiento voluntario para recibir el tratamiento.

• Doy mi consentimiento para que la clínica documente mi tratamiento de acuerdo con sus procedimientos internos y con la normativa aplicable en materia de protección de datos y privacidad.

## 07. FIRMAS

**CLIENTE**

Firma:

Nombre en letra de imprenta:

Fecha:

**CLÍNICA / PROFESIONAL**

Clínica / Empresa:

Profesional:

Firma:

Fecha:

Este formulario debe conservarse de acuerdo con los procedimientos internos de la clínica y con la normativa aplicable en materia de protección de datos y privacidad.