Nombre del estudio _____

Consentimiento para crioterapia

Esto toma unos dos minutos. Tus respuestas se quedan con el salón.

Sobre ti

Tu nombre
Nombre

Apellido

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

Teléfono

Correo electrónico

Contacto de emergencia

Preguntas de salud

Responde todas las preguntas para que el salón pueda planear tu sesión según tu salud. Estas preguntas no son consejo médico, así que consulta con tu médico cualquier duda.

¿Tienes Raynaud, alergia al frío, mala circulación o entumecimiento en las manos o los pies?

☐ Sí ☐ No

Cuéntanos más.

¿Tienes alguna condición del corazón o presión arterial alta?

☐ Sí ☐ No

¿Estás embarazada o podrías estarlo?

☐ Sí ☐ No

¿Tienes epilepsia, o alguna vez una luz intensa o intermitente te ha provocado una convulsión o una migraña?

☐ Sí ☐ No

¿Tienes hoy una quemadura de sol, una llaga abierta, un sarpullido o un tatuaje nuevo?

☐ Sí ☐ No

¿Dónde?

¿Te sientes mal hoy o tienes fiebre?

☐ Sí ☐ No

¿Te incomodan los espacios pequeños y cerrados?

☐ Sí ☐ No

Lo que aceptas

Frío extremo

Entiendo que la cámara está mucho más fría que el clima de invierno, y que la piel mojada, el sudor o las manos y los pies descubiertos pueden causar congelación o quemaduras por frío.

Iniciales _____

Seco y cubierto

Entraré con la piel seca, usaré los guantes, calcetines y pantuflas que me dé el salón, y me quitaré las joyas y cualquier prenda húmeda.

Iniciales _____

Cámaras enfriadas con nitrógeno

Entiendo que en una cámara enfriada con nitrógeno líquido, el vapor frío puede bajar el oxígeno del aire, lo que puede hacer que una persona se desmaye. Por eso mi cabeza queda por encima del vapor y el personal me observa todo el tiempo.

Iniciales _____

El personal te acompaña

Un miembro del personal me acompaña toda la sesión. Mantendré la cabeza fuera de la cámara cuando el equipo esté hecho así, y saldré de inmediato si me mareo o me falta el aire.

Iniciales _____

Tiempo de la sesión

Respetaré el tiempo de sesión que fije el salón, que es de unos pocos minutos como máximo.

Iniciales _____

Sin promesas de salud

Entiendo que el salón no afirma que este servicio mejore mi salud, y que no sustituye la atención de mi médico.

Iniciales _____

Detener

Puedo terminar mi sesión en cualquier momento. Me detendré y avisaré al personal de inmediato si me mareo, me siento mal, tengo demasiado calor o frío, o algo no se siente bien.

Iniciales _____

Mis respuestas

Mis respuestas son verdaderas y completas. Le avisaré al salón antes de una sesión si mi salud o mis medicamentos cambian.

Iniciales _____

el estudio usa tus respuestas de salud solo para hacer tu cita de forma segura y para guardar los registros que pide la ley. Nunca se usan para publicidad ni se venden. Se guardan cifradas, y cada vez que alguien del estudio las abre queda registrado.

Tu firma _____ **Fecha** _____

Nombre en letra de molde _____

Para el personal (Para el estudio)

Cámara o equipo _____

Tiempo en la cámara (segundos) _____

Piel seca, guantes y calcetines puestos, sin joyas

☐ Sí ☐ No

El personal acompañó al cliente toda la sesión

☐ Sí ☐ No