



Centro Paris & Bea

CONSENTIMIENTO INFORMADO **Tratamiento con dispositivo SWIMS S.A.S/WINBACK**

Usted tiene derecho a conocer el procedimiento al que va a ser sometido y las complicaciones más frecuentes que ocurren. Este documento intenta explicarle todas estas cuestiones; léalo atentamente y consulte con su fisioterapeuta todas las dudas que se le planteen. Le recordamos que, por imperativo legal, tendrá que firmar, usted o su representante legal, el consentimiento informado para que podamos realizarle dicho procedimiento.

PROCEDIMIENTO

Este dispositivo utiliza diferentes corrientes con señales pulsadas y moduladas con el fin de crear múltiples efectos terapéuticos:

- TECAR (alta frecuencia), que estimula los mecanismos de cicatrización naturales del cuerpo y favorece la renovación celular
- HI-TENS (alta frecuencia con impulsos de baja frecuencia), que aumenta la potencia analgésica del TENS
- HI-EMS (media frecuencia modulada en bajas frecuencias), que contrae en profundidad los músculos para conseguir un refuerzo muscular y un drenaje

CONSECUENCIAS SEGURAS

- Alivio de los dolores musculares y sintomáticos (agudos y crónicos)
- Relajación de los espasmos musculares
- Mejora de la cicatrización ósea relacionada con las patologías artrósicas
- Mejora de la movilidad de las funciones articulares
- Atención de las patologías musculares y tendinosas debidas a traumatismos
- Mejora de la microcirculación y del proceso de cicatrización
- Fortalecimiento muscular con un aumento de la flexibilidad

DESCRIPCIÓN DE LAS CONTRAINDICACIONES

El terapeuta deberá abstenerse de cualquier tratamiento en los siguientes casos:

- Mujeres embarazadas
- Menores sin consentimiento verbal o escrito del padre/madre/tutor legal/representante
- Cáncer y lesiones cancerosas
- Trastornos de la piel (eczemas, herpes) – Quemaduras en la piel – Heridas abiertas
- Trastornos de la coagulación – Flebitis – Tromboflebitis
- Insensibilidad al calor
- Insensibilidad local al dolor y/o al tacto
- Fiebre – Infección bacteriana – Enfermedad infecciosa
- Hipertensión o hipotensión grave
- Implantes eléctricos (Marpasos, bomba de insulina, neuroestimulador)



Centro Paris & Bea

EFECTOS SECUNDARIOS

- En algunos casos, se puede sentir un aumento transitorio del dolor dentro de las 24 horas posteriores a la sesión si la intensidad es demasiado alta. Esta sensación desaparece de forma espontánea
- En casos muy raros, el paciente puede sufrir alergia a la crema conductiva o quemaduras superficiales
- En pocos casos, si se efectúa una terapia de cuerpo entero, se puede observar hipotensión reactiva.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

PACIENTE

Yo Don/Doña

He leído la hoja de información que me ha entregado el/la Fisioterapeuta

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado, y el/la fisioterapeuta que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que me considero satisfecho/a con la información recibida y comprendo la indicación y los riesgos de este tratamiento/procedimiento.

Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice el tratamiento.

Centro de Fisioterapia:

Nombre del Centro: Paris & Bea

Dirección: Carrer d'Atenes, 18. C.P. 07817. Sant Josep de sa Talaia, Illes Balears.

Teléfono: +34630938107

Datos del Paciente:

Nombre y Apellidos: Jerónimo Enrique Bonafé Benito

Número de Documento de Identidad: 41461825R

Dirección: Ronda Antoni Costa Ramón, nº 12. Ibiza. 07800

Teléfono de Contacto: 34630931313

Datos del Fisioterapeuta:

Nombre y Apellidos: Bea Ramírez

DNI: 41400500S

Número de Colegiado/a: 3526

Fecha/hora actuales:

09/04/2025 19:41

Firmas:

Firma del Paciente:

Firma del Profesional:



Centro Paris & Bea

REPRESENTANTE LEGAL

Yo, Don/Doña Pablo Bonafé Sánchez, con DNI 12345678Z, en calidad de padre del paciente.

He leído la hoja que me ha entregado el/la Fisioterapeuta

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado, y el/la fisioterapeuta que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. En mi presencia se ha dado al paciente toda la información pertinente adaptada a su nivel de entendimiento y está de acuerdo en someterse a este tratamiento/procedimiento.

Por ello, manifiesto que me considero satisfecho/a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este tratamiento/procedimiento. Y en tales condiciones CONSIENTO que se realice al paciente

Firmas:

Firma del Representante:

Firma del Profesional: