



Centro Paris & Bea

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

Fecha/Hora:

09/04/2025 18:47

PROCEDIMIENTO

Winback ha desarrollado el dispositivo CRYOBACK el cual combina el frío intenso y la electroestimulación. La gran combinación de estas dos tecnologías permite la mejor penetración del frío, al tiempo que garantiza la máxima seguridad y una perfecta focalización de la zona tratada. Cada almohadilla (PAD) está equipada con dos sensores de temperatura que comprueban en tiempo real la temperatura de la zona de contacto y, por tanto, de la superficie de la piel. La combinación de crioterapia con electroestimulación:

- Es un procedimiento no invasivo, rápido y sin necesidad de preparación inicial
- Acciones localizadas y controladas gracias a las placas frías colocadas en la piel de la zona a tratar
- Estimulación muscular en paralelo con el efecto "crio", permitiendo el reclutamiento de las fibras musculares y ofreciendo un fortalecimiento localizado de los tejidos
- Más confort durante el tratamiento gracias a la estimulación eléctrica que facilita la bajada de temperatura de la zona a tratar
- Un fortalecimiento muscular más cómodo gracias a la hipoestesia creada por el frío

DESCRIPCIÓN DE LAS CONTRAINDICACIONES

- Embarazo o lactancia
- Epilepsias y pacientes con tumores
- Pacientes con inflamaciones agudas o enfermedades infecciosas
- Pacientes con heridas abiertas en la zona del tratamiento
- Pacientes con enfermedades cardíacas o renales, o diabetes severa
- Pacientes con enfermedades sanguíneas o con enfermedades que provocan debilidad física
- Pacientes con la piel dañada o afectada por una enfermedad (psoriasis, eczemas)
- Pacientes con enfermedades que modifican la respuesta al frío o al calor
- Pacientes que se hayan sometido a una operación quirúrgica en los últimos meses
- Fiebre – Infección bacteriana – Enfermedad infecciosa
- Hipertensión o hipotensión grave
- Implantes eléctricos (Marcapasos, bomba de insulina, neuroestimulador)



Centro Paris & Bea

EFECTOS SECUNDARIOS

- Después del tratamiento, los tejidos tratados temporalmente pueden aparecer rígidos a la vista o tacto
- Enrojecimiento de la piel
- Después del tratamiento se puede experimentar una sensación de mareo o cansancio
- Endurecimiento o insensibilidad de la zona tratada por unas 48 horas
- En casos muy raros: quemaduras de la piel
- Alergia a la crema
- En algunos casos, durante las 24 horas después del tratamiento, se puede sentir un resurgimiento transitorio del dolor

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

PACIENTE

Yo Don/Doña Jerónimo Enrique Bonafé Benito

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

Firmas:

Firma del Paciente:

Firma del Profesional:



Centro Paris & Bea

REPRESENTANTE LEGAL

Yo, Don/Doña Marta Rodríguez Pérez, con DNI 41422522T, en calidad de esposa 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: