



A&WMC
Morpheus 8 Treatment

Nombre: _____ Fecha: _____
(Nombre) (Apellido)

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Peso: _____ Ocupación: _____

Dirección de residencia: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Movil: _____ Teléfono Alternativo: _____

Dirección de Correo Electrónico: _____

Tipo de piel Fitzpatrick: I II III IV V VI

Última exposición a rayos UV (sol o cama de bronceado): _____

Etnicidad: _____

¿Ha utilizado Marcapaso/Defibrilador?: Si() | No()

¿Ha utilizado algún implante metálico?: Si() | No() | En caso afirmativo, explique: _____

¿Algún enfermedad endocrina (ej. Diabetes, PCOS): Si() | No() | En caso afirmativo, explique: _____

¿Algún enfermedad estimulada por la luz (ej. Lupus, porfiria, epilepsia): Si() | No() | En caso afirmativo, explique: _____

¿Alguna enfermedad cardiaca?: Si() | No() | En caso afirmativo, explique: _____

¿Algún historia de sangrado?: Si() | No()

¿Sistema inmune comprometido?: Si() | No()

¿Enfermedad de la piel (ej. Psoriasis, eccema)?: Si() | No() | En caso afirmativo, explique: _____

¿Keloid o cicatrización tardía?: Si() | No()

¿Láser o exfoliación facial?: Si() | No() | En caso afirmativo, explique: _____

¿Botox o inyecciones faciales?: Si() | No() | En caso afirmativo, explique: _____

Cirujías: _____

Medicamentos: _____

Alergias: _____

Otras condiciones médicas: _____



A&WMC

CONSENTIMIENTO PARA EL PROCEDIMIENTO DE MORPHEUS8

Doy mi consentimiento informado y voluntario y autorizo a la Dra. Angélica Hernández y al personal de Adolescent & Women Medical Care a administrar el tratamiento con Morpheus8.

Es un dispositivo que se utiliza para la remodelación subdérmica y dérmica de áreas faciales y corporales mediante la coagulación fraccionada.

Entiendo que los resultados clínicos pueden variar dependiendo de factores individuales, como el historial médico, el tipo de piel, el hábito de fumar, el cumplimiento por parte del paciente de las instrucciones previas y posteriores al tratamiento y la respuesta individual al tratamiento.

Entiendo que existe la posibilidad de efectos a corto plazo como enrojecimiento, ardor leve, hematomas temporales y decoloración temporal de la piel, así como la posibilidad de efectos secundarios raros como cicatrices y decoloración permanente.

Certifico que he sido plenamente informado sobre la naturaleza y el propósito del procedimiento, los resultados esperados y las posibles complicaciones, y entiendo que no se puede garantizar el resultado final. Confirmando que he informado al personal sobre cualquier condición médica, enfermedad o medicamento que haya tomado.

Doy mi consentimiento para tomar las fotografías necesarias.

Doy mi consentimiento para la administración de los anestésicos topical y Pro-Nox un sistema que da analgesia mediante un gas.

Los fumadores tienen una respuesta menos positiva a este tratamiento que los no fumadores, ya que las toxinas del humo del cigarrillo bloquean la respuesta de las células madre. Puede haber alguna variación en el logro de los resultados deseados, ya que el tipo de cuerpo de cada persona es diferente y puede tener una respuesta diferente.

Estoy totalmente de acuerdo en mantener a Adolescent & Women Medical Care, a la Dra. Angélica Hernández y a todas las partes afiliadas a ella, inofensivas y libres de cualquier responsabilidad que pueda surgir como resultado de este tratamiento tanto ahora como en el futuro. Certifico que se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y que he leído y entiendo completamente el contenido de este formulario de consentimiento.

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____



A&WMC

PRE-TRATAMIENTO

- No exposición solar 10-14 días antes o después del día del tratamiento.
- Parar el uso de Retinol 7 días antes del tratamiento.
- Si tiene antecedentes de herpes labial, debe tomar medicamentos antivirales al menos 24 horas antes y continuar durante 72 horas después del tratamiento.
- Si le salen moretones con facilidad tomar Árnica o Silagen Arnica-Bromelain vía oral 24 horas antes y continuar durante 72 horas después del tratamiento.
- Evitar la depilación con cera, peeling químico, microdermoabrasión, microblading 4 semanas antes de la cita.
- Evite tomar Aspirina, Aleve, Motrin, alcohol, fumar, comer comidas picantes 3 días antes y después del tratamiento.
- Tipo de piel 4 a 6 (oscura) o de 1 a 6 con bronceado activo, necesita usar crema para la hiperpigmentación (Pigment Control Kit) 10 días antes del tratamiento. Parar de usarlo 2 días antes del tratamiento.
- Si tiene un tratamiento con:
 - *Botox, esperar 1 semana
 - *Rellenos (Fillers), esperar 3 meses
 - *Peeling químico profundo, láser fraccionado o CO2, esperar 3 meses
 - *Accutane, esperar 6 meses
- Los hombres deben llegar bien afeitados.
- El promedio de tratamientos para tener buenos resultados son mínimo 3 cada 4 semanas.

TRATAMIENTO

- Aplicar una capa gruesa de Lidocaína (crema EMLA, enviada a su farmacia) 1 hora antes del tratamiento.
- No maquillarse el día del tratamiento.
- Notificar si hay algún cambio en su historial de salud (Antibióticos).



A&WMC

POST-TRATAMIENTO

- Use una funda limpia para su almohada.
- Recuerda continuar con la terapia antiviral y Árnica.
- Evitar tener relajaciones sexuales, el ejercicio extenuante (aeróbicos, ciclismo, levantamiento de pesas, correr, yoga, pilates), alcohol, fumar durante 3 días.
- No utilizar ningún producto para la piel el mismo día del tratamiento.
- Al día siguiente empiece el Recovery Kit durante 10 días y volver a utilizarlo para los siguientes 2 tratamientos. Tiene una duración total de 30 días.
- Use protector solar diariamente, SPF 30 y superior.
- Puedes maquillarte en 2 días; la base puede aplicarse al 3 día, pero si puede esperar, aplíquela después de 1 semana.
- Reiniciar el Kit de Control de Pigmento el día 11.
- Moretones, enrojecimiento, hinchazón es normal.
- Diminutas costras pueden aparecer después de 1-3 días y permanecer varios días después del tratamiento. Las costras no se deben rascar aunque piquen y se debe dejar que se desprendan naturalmente.
- Las ampollas son raras, pero cuando ocurren, se pueden tratar con un ungüento antibiótico recetado.
- Evitar jabones regulares, productos exfoliantes, retinol, astringentes por 2 semanas.
- Evitar sauna, jacuzzi durante 2 semanas.

Precauciones

- Antecedentes de Acné, Melasma, Rosácea, Eccema o Psoriasis.
- Antecedentes de queloides, cicatrización anormal de heridas, piel muy seca y frágil.
- Antecedentes de sangrado, coagulopatías o uso de anticoagulantes.
- Antecedentes de cáncer de piel.
- Tratamiento sobre tatuaje o maquillaje permanente.

Contraindicaciones

- Marcapasos o implante electrónico en cualquier parte del cuerpo.
- Si hay implantes cocleares en el oído, la pieza de mano se puede usar a 1 cm del implante.
- Implantes metálicos permanentes en las zonas tratadas, salvo en el plano perióstico.
- Embarazo.
- Diabetes mal controlada HBA1C > 8.
- Sistema inmunitario deteriorado por VIH, medicamentos para trasplante de órganos.