



A&WMC  
Morpheus 8 Treatment

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(Nombre)

(Apellido)

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_

Dirección de residencia: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Tipo de piel Fitzpatrick: I II III IV V VI

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

Etnicidad: \_\_\_\_\_

Tiene un Marcapaso o Defibrilador? Si ( ) No ( ) \_\_\_\_\_

Tiene algún implante metálico? Si ( ) No ( ) Donde: \_\_\_\_\_

Tiene Diabetes, Ovario poliquístico, Lupus? Si ( ) No ( ) Cual: \_\_\_\_\_

Tiene Herpes? Si ( ) No ( ) Cuando fue el último episodio: \_\_\_\_\_

Tiene alguna enfermedad cardiaca? Si ( ) No ( ) Explique: \_\_\_\_\_

Tiene algún historia de sangrado? Si ( ) No ( ) \_\_\_\_\_

Está su sistema inmune comprometido? Si ( ) No ( ) \_\_\_\_\_

Tiene alguna enfermedad de la piel ( Psoriasis, Eczema)? Si ( ) No ( ) \_\_\_\_\_

Tiene queloides o cicatrización tardía? Si ( ) No ( ) \_\_\_\_\_

Ha tenido láser o exfoliación facial? Si ( ) No ( ) Cuando: \_\_\_\_\_

Ha tenido Botox o injections faciales (filleres)? Si ( ) No ( ) Cuando: \_\_\_\_\_

Cirujias: \_\_\_\_\_

Medicamentos y vitaminas: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Otras condiciones médicas: \_\_\_\_\_



A&WMC

Morpheus 8 Treatment

**CONSENTIMIENTO PARA EL PROCEDIMIENTO MORPHEUS8:**

Doy mi consentimiento informado y voluntario y autorizo a la Dra. Angelica Hernandez y al personal de Adolescent & Women Medical Care a realizar el tratamiento Morpheus8.

Entiendo que este procedimiento consiste en microagujas combinado con radiofrecuencia para remodelar y rejuvenecer áreas específicas del rostro y del cuerpo.

Certifico que he sido informado sobre la naturaleza, el propósito, los beneficios esperados y las posibles complicaciones de este procedimiento. Reconozco que los efectos secundarios temporales pueden incluir enrojecimiento, sensación leve de ardor, moretones y cambios en la pigmentación de la piel.

Entiendo que no se puede garantizar un resultado específico, ya que depende de las características de cada individuo.

Confirmo que he informado al personal médico sobre todas mis condiciones médicas, enfermedades y medicamentos tanto actuales como pasados.

Autorizo que se tomen fotografías antes y después del tratamiento, y doy mi consentimiento para la aplicación de anestesia tópica, así como el uso de Pro-Nox (gas) como parte del procedimiento.

Entiendo que fumar puede reducir la efectividad de este tratamiento debido al impacto negativo de las toxinas en la respuesta de las células madre.

Declaro que eximo de toda responsabilidad a Adolescent & Women Medical Care, a la Dra. Angelica Hernandez y a todo el personal afiliado, de cualquier efecto no deseado que pudiera surgir como resultado de este tratamiento tanto en el presente como en el futuro.

Certifico que se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas, que he leído y entiendo completamente el contenido de este consentimiento.

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



**A&WMC**  
**Morpheus 8 Treatment**

### **INSTRUCCIONES PRE-TRATAMIENTO**

- Evite la exposición solar durante 10 a 14 días antes o después del día del tratamiento.
- Suspenda el uso de retinol 7 días antes del procedimiento.
- Si tiene antecedentes de herpes labial, tome medicamentos antivirales al menos 1 dia antes y continuar durante 3 días después del tratamiento.
- Si es propenso a los moretones, tomar Árnica o Silagen Arnica-Bromelain vía oral 24 horas antes y continuar durante 3 dias después del tratamiento.
- Evite la depilación con cera, peeling químico, microdermoabrasión, microblading 4 semanas antes de la cita.
- No consuma Aspirina, Aleve, Motrin, alcohol, comer comidas picantes y evite fumar los 3 días previos y posteriores al tratamiento.
- Si tiene fototipo de piel entre 4 a 6 (piel oscura) o cualquier fototipo (1 a 5) con bronceado reciente, necesita usar una crema para la hiperpigmentación (Pigment Control Kit) durante 10 días antes del tratamiento. Suspenda su uso 2 días antes del tratamiento.
- Si ha recibido alguno de los siguientes tratamientos:
  - \*Botox: esperar 1 semana
  - \*Rellenos faciales (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 dia del procedimiento.
- Se recomienda un mínimo de 3 sesiones, realizadas con una frecuencia de cada 4 semanas, para obtener resultados óptimos.

### **EL DIA DEL TRATAMIENTO**

- Aplique una capa gruesa de lidocaína tópica (crema EMLA, que se enviará a su farmacia) una hora antes del tratamiento.
- No utilice maquillaje el día del tratamiento.
- Notifique si ha habido algún cambio en su historial médico, especialmente si está tomando antibióticos u otros medicamentos recientes.



## A&WMC

### Morpheus 8 Treatment

#### **POST-TRATAMIENTO**

- Utilice una funda de almohada limpia la noche del tratamiento.
- Continúe la terapia antiviral y el uso del Árnica.
- Evite durante 3 días: relaciones sexuales, ejercicio extenuante (aeróbicos, ciclismo, levantamiento de pesas, correr, yoga, pilates), consumo de alcohol y fumar.
- No aplicar ningún producto en la piel el mismo día del tratamiento, excepto el post-treatment kit durante 10 días. Lo puede reutilizar en los siguientes 2 tratamientos.
- Aplique protector solar diariamente, mínimo SPF 30.
- Puede maquillarse a partir del segundo día. El uso de base está permitido a partir del tercer día, aunque si es posible, se recomienda esperar una semana completa.
- Reinicie el uso del Pigment Control kit el día 11.
- Es normal experimentar moretones, enrojecimiento e hinchazón.
- Pequeñas costras pueden aparecer entre 1 y 3 días después del tratamiento. No debe rascar aunque piquen y debe dejar que se desprendan de forma natural.
- Las ampollas son poco comunes, pero si ocurren, pueden tratarse con un ungüento antibiótico.
- Evite jabones comunes, productos exfoliantes, retinol, astringentes durante 2 semanas.
- No use sauna ni jacuzzi durante 2 semanas.

#### **PRECAUCIONES**

- Si tiene antecedentes de acné, melasma, rosácea, eczema o psoriasis.
- Tendencia a desarrollar queloides o cicatrización anormal. Si tiene la piel muy seca o frágil.
- Problemas de sangrado, coagulopatías o uso de anticoagulantes.
- Antecedentes de cáncer de piel.
- Áreas a tratar con tatuaje o maquillaje permanente.

#### **CONTRAINDICACIONES**

- Uso de marcapasos u otros dispositivos electrónicos implantados en el cuerpo.
- Implantes cocleares en el oído.
- 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.