



A&WMC PRP Hair Treatment

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

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Peso: _____ Estatura: _____

Dirección de residencia: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Celular: _____ Ocupación: _____

Correo Electrónico: _____

¿Dónde tienes pérdida de cabello?

- Cuero cabelludo Cejas
 Pestañas Otro

¿Cómo ocurrió la pérdida de cabello?

- Gradual
 Repentina

¿Qué tan grave es tu pérdida de cabello?

- Leve (25% o menos de pérdida de cabello)
 Moderada (25-50% de pérdida de cabello)
 Grave (75% o más de pérdida de cabello)

¿Cuánto tiempo has tenido la pérdida de cabello?

Años: _____ Meses: _____ Semanas: _____

¿Tu cuero cabelludo tiene alguno de los siguientes síntomas?

- Sensibilidad Picazón Ardor Descamación
 Protuberancias Parches Enrojecimiento Otro: _____

Por favor marque todo lo que corresponda:

- Hospitalización reciente Cirugía reciente Enfermedad sistémica
 Cambio de peso no intencional Hipotiroidismo Hipertiroidismo
 Enfermedad reciente Anemia Infección de COVID

¿Qué estás tomando o usando actualmente para tratar la pérdida de cabello?

- Nutrafol Espironolactona Minoxidil (Rogaine) Tabletas de minoxidil
 Propecia/Finasteride Otro: _____ Ningún tratamiento

¿Quién en tu familia tiene o ha tenido pérdida/adelgazamiento/calvicie del cabello?

- Hermano Hermana Hija Abuelo Tío
 Padre Madre Hijo Abuela Tía

Historia Adicional:



A&WMC
PRP Hair Treatment

CONSENTIMIENTO PARA EL PROCEDIMIENTO PRP

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 para la restauración del cabello con PRP. Entiendo que el procedimiento consiste en la inyección de plasma rico en plaquetas (PRP) en el cuero cabelludo.

Certifico que se me ha informado sobre la naturaleza, el propósito, los beneficios esperados y las posibles complicaciones de este procedimiento. 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, así como el posible 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: _____