



A&WMC TED 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
TED TREATMENT

CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTO TED

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 pérdida de cabello utilizando la tecnología TED (TransEpidermal Delivery).

TED es un procedimiento no invasivo e indoloro para la restauración capilar que se realiza a través de la aplicación de péptidos en el cuero cabelludo.

Certifico que he sido plenamente 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. .

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 comprendido completamente el contenido de este consentimiento.

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____



A&WMC TED TREATMENT

PRE-TRATAMIENTO

- Se realizará una evaluación física y análisis de sangre antes del tratamiento.
- Debe llegar con el cabello limpio y seco. No aplique ningún producto en el cabello ni en el cuero cabelludo.
- Quítese los audífonos o joyas cerca del área de tratamiento
- Se tomarán fotografías antes del tratamiento para documentación.

DIA DEL TRATAMIENTO

- Puede experimentar una leve sensación de calor, se resolverá en pocos minutos
- Es posible que se escuche un breve sonido desagradable durante el tratamiento

POST-TRATAMIENTO

- No lavar el área tratada durante 24 horas
- Evite teñirse el cabello durante los 3 días posteriores al tratamiento.

CONTRAINDICACIONES

- Uso de marcapasos o dispositivo de estimulación cerebral.
- Implante coclear.
- Alergia a los tatuajes de tinte rojo o productos derivados de algas.