



## **RESTAURACION DE CABELLO CON PRP**

### **CONSENTIMIENTO PARA EL PROCEDIMIENTO**

He recibido información sobre mi afección, el tratamiento propuesto, las alternativas y los riesgos relacionados. He recibido una explicación de términos desconocidos y se me ha ofrecido la oportunidad de hacer preguntas. Entiendo que puedo rechazar el consentimiento y DOY MI CONSENTIMIENTO INFORMADO Y VOLUNTARIO al procedimiento propuesto. Autorizo a la Dra. Angélica Hernández a tratar mi afección, lo que incluye realizar un diagnóstico adicional y los procedimientos que se describen a continuación, y tomar las fotografías necesarias.

Entiendo que el procedimiento propuesto consiste en inyectar el plasma rico en plaquetas (PRP) en las áreas del cuero cabelludo con agujas pequeñas, también llamado “vampire”.

Entiendo que puede haber otros riesgos o complicaciones, o lesiones graves por causas conocidas y desconocidas. Soy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta.

Reconozco que no se me ha dado ninguna garantía sobre la eficacia del procedimiento. Entiendo las alternativas a los procedimientos propuestos.

### **CONSENTIMIENTO PARA ANESTESIA**

Cuando el médico utiliza anestesia local:

Doy mi consentimiento para la administración de los anestésicos locales que el médico a cargo de mi atención considere necesaria. Entiendo que los riesgos de la anestesia local incluyen enrojecimiento, hinchazón, hematomas y reacciones alérgicas a los medicamentos y convulsiones por exceso de lidocaína.

Existe la posibilidad de que se formen hematomas en los lugares de inyección. 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.

He leído y entiendo toda la información que se me ha presentado y he autorizado a la Dr. Angélica Hernández de Adolescent & Women Medical Care para que me administre el tratamiento de liquen PRP. He tenido amplia oportunidad de hacer preguntas sobre el tratamiento. Entiendo que este tratamiento implica que el Doctor inyecte PRP en la vulva. Soy consciente de los riesgos para la salud y / o efectos secundarios que podrían resultar de dicho tratamiento. Doy mi consentimiento total para el tratamiento y acepto mantener a Adolescent & Women Medical Care, a la Dr. Angélica Hernández y a todas las partes afiliadas al mismo, inofensivas y libres de cualquier responsabilidad que pueda surgir como resultado de este tratamiento tanto ahora como en el futuro.

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

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

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