



A&WMC
LICHEN 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: _____

Historia Ginecología

¿Último papanicolaou (normal/anormal)?: _____
¿Si el papanicolaou es anormal, algún tratamiento (Colpo, LEEP)?: _____
¿Último periodo?: _____

Historia Medica

¿Algún enfermedad que se estimule con el calor? (por ejemplo: Herpes Simplex): Si() | No()

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

Cirujías: _____

Medicamentos: _____

Alergias: _____

Otras condiciones médicas: _____



A&WMC

CONSENTIMIENTO PARA EL PROCEDIMIENTO TRATAMIENTO LICHEN CON PLASMA

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 para el Lichen con plasma rico en plaquetas.

Entiendo que el procedimiento consiste en inyectar con agujas muy pequeñas, plasma rico en plaquetas en las áreas de los genitales afectada por esta enfermedad.

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 fotografías antes y después.

Doy mi consentimiento para la administración de la anestesia tópica.

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: _____