



A&WMC
VOTIVA 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: _____

Tipo de piel Fitzpatrick: I II III IV V VI

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

Etnicidad: _____

Historia Ginecología

¿Último papanicolaou (normal/anormal)?: _____

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

¿Último periodo?: _____

Historia Médica

¿Ha utilizado Marcapaso/Defibrilador?: Si() | No()

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

En caso afirmativo, explique: _____

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

Cirujías: _____

Medicamentos: _____

Alergias: _____

Otras condiciones médicas: _____



A&WMC

CONSENTIMIENTO PARA EL PROCEDIMIENTO DE VOTIVA

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 con Votiva.

Entiendo que Votiva se usa para remodelar la mucosa vaginal, vulvar y la piel externa de los labios mayores y menores.. Entiendo que existe la posibilidad de efectos a corto plazo como dolor, malestar, enrojecimiento o hinchazón.

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.

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: _____



A&WMC

PRE-TRATAMIENTO

- Se debe afeitar el cabello en la zona de tratamiento 1-2 días antes del procedimiento. Si utiliza cera (wax) o productos químicos debe hacerlo 1-2 semanas antes del procedimiento.
- Orinar inmediatamente antes del tratamiento.
- Evita tomar aspirina porque aumentan la posibilidad de morados (equimosis).
- Si hay algún brote reciente de herpes, el paciente debe tomar Valtrex o Acyclovir de forma profiláctica.
- Si se realiza algún procedimiento, como Femilift, conviene esperar 1 semana para realizar el Votiva.

POST-TRATAMIENTO

- Puede tener relaciones sexuales después de 24 horas.
- Orinar después del procedimiento.
- En caso de flujo vaginal, generalmente transparente o amarillento es normal, puede usar un protector o toalla higiénica.