



## A&WMC TED 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: \_\_\_\_\_

### ¿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

**CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTO TED**

Doy mi consentimiento informado y voluntario y autorizo al Dr. Angelica Hernandez y al personal de Adolescent & Women Medical Care a administrar el tratamiento para la pérdida de cabello con TED, TransEpidermal Delivery.

Entiendo que los resultados clínicos pueden variar según los factores individuales. TransEpidermal Delivery, TED, es un tratamiento de restauración capilar indoloro y no invasivo que funciona entregando sustancias específicas con el uso de ultrasonido. Se recomienda un mínimo de 3 tratamientos con un intervalo de 4 semanas.

Certifico que he sido completamente informado de la naturaleza y el propósito del procedimiento, los resultados esperados y las posibles complicaciones, y entiendo que no se puede garantizar el resultado final obtenido. Confirmo que he informado al personal sobre cualquier condición médica actual o pasada, enfermedad o medicación tomada.

Doy mi consentimiento para tomar fotografías antes y después del tratamiento.

Estoy completamente de acuerdo en mantener indemne y libre de responsabilidad a Adolescent & Women Medical Care, al Dr. Angelica Hernandez y a todas las partes afiliadas con ella, de cualquier responsabilidad que pueda surgir como resultado de este tratamiento tanto ahora como en el futuro. Certifico que se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y que he leído y comprendido completamente el contenido de este formulario de consentimiento.

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

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

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



A&WMC

### **Pre-Tratamiento**

- Evaluación física
- Análisis de sangre
- El paciente debe llegar con el cabello limpio, SIN productos para el cuidado del cabello aplicados en el cabello o el cuero cabelludo
- Quítese los audífonos y/o joyas cerca del área de tratamiento
- Eliminar todo el maquillaje, humectantes o aceites del área de tratamiento
- Tomar fotografías antes del tratamiento

### **Tratamiento**

- Puede sentir una sensación de calor, es leve y se resolverá en unos minutos
- Es posible que se escuche un sonido desagradable durante el tratamiento

### **Post-Tratamiento**

- No lavar la zona durante 24 horas
- No se tiña el cabello al día siguiente

### **Contraindicaciones**

- Marcapasos o dispositivo de estimulación cerebral.
- Implante coclear.
- Alergia a los tatuajes de tinte rojo o algas.