



INFORMACION DEL PACIENTE

Informacion Personal			
Nombre		Telef. Casa	
Direccion:		Telef. Cell	
Fecha de Nacimiento:		Tipo de Piel	I II III IV V VI
Historia Ginecologica			
Last PAP	_____ (mm/dd/yy)		
Resultado PAP	Normal Anormal		
Historia de PAP anormal Manchas?	No Si. Si su respuesta es "Si", Cual es la naturaleza del diagnostico, tratamiento y seguimiento		
Ultimo Periodo Menstrual	_____ (mm/dd/yy)		
Indicaciones para tratamiento			
Historia Medica			
Pasados Diagnosticos Medicos Pasadas Cirugias (Incluyendo Ginecologicas)			
Medicamentos:			
Alergias:			
HSV History S/N			

CONTRAINDICACIONES:

- Cirugía en el tratamiento en los últimos 12 meses.
- Implantes en la zona de tratamiento
- Historia de herpes. Los pacientes con antecedentes de enfermedades estimuladas por el calor, como Herpes Simplex recurrente en el área de tratamiento, pueden ser tratados solo siguiendo un régimen profiláctico.
- ITU
- Cáncer de piel y cáncer de área genital actual o anterior, o condición actual de cualquier otro tipo de cáncer, o lunares premalignos.
- Enfermedad importante como diabetes, enfermedad cardíaca, enfermedad autoinmune o Antecedentes de trastornos epidérmicos o dérmicos que involucran colágeno o microvasculatura o Implante eléctrico activo en cualquier región del cuerpo o Embarazo y lactancia
- Enfermedades del sistema inmunológico como VIH, SIDA o medicamentos inmunosupresores
- Uso de anticoagulantes o antecedentes de trastornos hemorrágicos
- Cualquier condición activa en el área de tratamiento, como laceraciones abiertas, infección, abrasiones o lesiones, psoriasis, eccema o erupciones cutáneas
- Antecedentes de trastornos de la piel, queloides, cicatrización anormal
- Historial de trastornos de la piel, queloides, cicatrización anormal o Tatuaje en el área de tratamiento o Historial de uso de Accutane en los 6 meses anteriores
- Haber recibido tratamiento con luz, láser, radiofrecuencia u otros dispositivos en el área tratada dentro de las 2 a 3 semanas para procedimientos no ablativos, y de 6 a 12 semanas para el rejuvenecimiento con láser fraccionado ablativo (según la gravedad del tratamiento) antes del tratamiento, excepto recomendaciones especiales.
- Uso de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE, por ejemplo, agentes que contienen ibuprofeno) una semana antes y después de cada sesión de tratamiento, según el criterio del médico.
- Piel excesivamente bronceada en la zona de tratamiento por el sol, las camas solares o las cremas bronceadoras

Consentimiento para Votiva

Nombre del Paciente : _____

Yo _____ autorizo debidamente a realizar el tratamiento Votiva (FormaV/FractoraV) treatment.

Entiendo que Votiva es un dispositivo de RF que se usa para remodelar el tejido. Me han explicado que aunque los tratamientos de radiofrecuencia han sido muy efectivos, no hay garantía de que me beneficie de este tratamiento. Entiendo que los efectos secundarios y complicaciones más comunes de este tratamiento son los siguientes:

1. **Dolor:** puede experimentar dolor durante o después del procedimiento. Si siente una molestia significativa después del tratamiento, puede usar analgésicos de venta libre después del procedimiento.
2. **Hinchazón:** puede haber hinchazón en las áreas de tratamiento después del tratamiento que puede durar hasta una semana de duración.
3. **Moretones:** puede experimentar moretones temporales en el área tratada que desaparecerán con la curación.
4. **Equimosis y púrpura:** puede experimentar algunos moretones temporales o decoloración púrpura en el área de tratamiento que desaparecerá con la curación.
5. **Ampollas/bullas:** puede experimentar algunas ampollas/bullas temporales en el área de tratamiento que desaparecerán con la cicatrización.
6. **Quemadura:** puede experimentar una quemadura que puede ser leve, moderada o severa en diferentes grados en el área de tratamiento. Las quemaduras menores generalmente sanan sin dificultad, pero las quemaduras más graves, aunque rápidas, pueden provocar cicatrices, cambios sensoriales o pigmentarios.
7. **Cambios pigmentarios:** puede experimentar un aclaramiento de la piel que puede ser temporal o permanente (hipopigmentación). Puede experimentar un oscurecimiento temporal o permanente de la piel (hiperpigmentación).
8. **Cicatrización:** el riesgo de esta complicación es mínimo, pero puede ocurrir siempre que se rompa la superficie de la piel. El cumplimiento estricto de todas las instrucciones posoperatorias minimizará la posibilidad de que esto ocurra.
9. **Reacciones alérgicas:** es posible experimentar una reacción alérgica a un anestésico, crema tópica o medicación oral.
10. **Erupción de herpes:** es posible, incluso con profilaxis antiviral, experimentar una erupción de herpes si es portador de HSV. Informe a su médico de inmediato si experimenta dolor, erupciones en la piel o ampollas después del tratamiento para que se pueda iniciar el tratamiento adecuado.
11. **Infección:** este tratamiento tiene el potencial de causar daño en la piel, por lo que es posible que se produzca una infección. La infección es poco probable, pero puede poner en peligro la vida si ocurre y no se trata; Los signos y síntomas de infección son: enrojecimiento, fiebre, dolor, pus e hinchazón. En caso de infección, debe comunicarse con su médico para una evaluación y tratamiento inmediatos.

Es importante que informe a su médico si experimenta alguno de estos efectos secundarios.

Entiendo que los resultados clínicos pueden variar según los factores individuales, incluidos, entre otros, el historial médico, el tipo de piel, el cumplimiento del paciente con las instrucciones previas y posteriores al tratamiento y la respuesta individual al tratamiento.

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 dar ninguna garantía sobre el resultado final obtenido. Soy plenamente consciente de que mi condición es un problema cosmético y que la decisión de proceder se basa únicamente en mi deseo expreso de hacerlo.

Confirmando que he informado al personal sobre cualquier condición médica, enfermedad o medicamento actual o pasado.

Confirmando que he tenido una prueba de Papanicolaou normal actualizada y que he comunicado estos resultados.

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.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Testigo del Paciente _____ Fecha _____