

Consentimiento de Restauración Capilar (PRP / Trasplante)

Consentimiento informado para tratamientos de restauración capilar incluyendo inyecciones de PRP en el cuero cabelludo, microagujas y procedimientos de extracción de unidades foliculares

Información del Cliente

Nombre *

Apellido *

Dirección de Correo Electrónico *

Número de Teléfono *

Fecha de Nacimiento *

DD / MM / AAAA

Detalles del Tratamiento

Tratamiento *

- ☐ Inyecciones de PRP en el cuero cabelludo
- ☐ PRP con microagujas
- ☐ Trasplante de extracción de unidades foliculares (FUE)
- ☐ Trasplante FUE de cejas / barba
- ☐ Terapia con exosomas o factores de crecimiento
- ☐ Otro

Áreas *

- ☐ Coronilla
- ☐ Línea frontal / Sienes
- ☐ Adelgazamiento difuso
- ☐ Cejas
- ☐ Barba
- ☐ Cobertura de cicatrices

¿Cuánto tiempo ha notado pérdida de cabello? *

- ☐ Menos de 1 año
- ☐ 1-5 años
- ☐ Más de 5 años

¿Un médico ha diagnosticado la causa de su pérdida de cabello? *

- ☐ Sí
- ☐ No

Tratamientos intentados hasta ahora (minoxidil, finasterida, suplementos, PRP previo o trasplante)

Antecedentes Médicos

¿Está embarazada, intentando concebir o amamantando? *

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Tiene alguno de los siguientes?

- ☐ Condición autoinmune (lupus, artritis reumatoide, EM, etc.)
- ☐ Trastorno de sangrado o en anticoagulantes
- ☐ Diabetes
- ☐ Antecedentes de cicatrización queloidea o hipertrófica
- ☐ Cáncer (actual o en los últimos 5 años)
- ☐ Inmunosuprimido / trastorno inmunológico
- ☐ Ninguno de los anteriores

¿Tiene una infección activa del cuero cabelludo, psoriasis, foliculitis o heridas abiertas? *

- ☐ Sí ☐ No

¿Tiene alopecia areata, alopecia cicatricial o una condición autoinmune del cabello? *

- ☐ Sí ☐ No

¿Tiene un trastorno de plaquetas o sangrado, o está tomando anticoagulantes? *

- ☐ Sí ☐ No

¿Ha tomado isotretinoína (Accutane) en los últimos 6 meses? *

- ☐ Sí ☐ No

¿Fuma o vaporiza nicotina? *

- ☐ Sí ☐ No

¿Está embarazada o amamantando? *

- ☐ Sí ☐ No

Medicamentos y suplementos actuales

Alergias (medicamentos, látex, lidocaína, anestésicos)

Riesgos y Complicaciones

Riesgos potenciales y complicaciones:

- Sensibilidad, hinchazón y hematomas del cuero cabelludo durante varios días; hinchazón frontal después del tratamiento de la línea frontal
- Sangrado en sitios de inyección o extracción
- Infección o foliculitis
- Caída temporal del cabello existente (caída de choque) 2-8 semanas después del tratamiento, generalmente recuperándose
- Adormecimiento o alteración sensorial del cuero cabelludo, generalmente temporal
- Pequeñas cicatrices puntiformes en el área donante después de FUE; adelgazamiento visible del área donante si se cosecha en exceso
- Mala supervivencia del injerto, línea frontal antiestética o densidad desigual requiriendo sesiones adicionales
- Quistes o pelos encarnados en sitios de injerto
- Sin respuesta — los resultados de PRP varían y requieren una serie de 3-4 sesiones más mantenimiento; la pérdida de cabello continúa en áreas no tratadas

Los resultados son visibles en 3-6 meses (PRP) o 9-12 meses (trasplante).

Entiendo que los resultados de la restauración capilar son graduales, varían entre individuos, pueden requerir una serie de tratamientos y terapia médica continua, y que no se ha garantizado una densidad o cobertura específica.

Entiendo que los resultados varían y toman meses: _____

Entiendo los riesgos de sangrado, infección, caída de choque, cicatrización, adormecimiento y mala supervivencia del injerto, y que he divulgado todos los medicamentos, condiciones del cuero cabelludo y uso de nicotina.

Entiendo los riesgos quirúrgicos y de inyección: _____

Autorización de Fotografías

¿Podemos tomar fotografías antes y después para su registro de tratamiento? *

☐ Sí — solo para mi registro médico

☐ Sí — y puede usarlas anónimamente para marketing

☐ No

Registro de Servicio

Solo para uso interno

	Fecha	Área	Tratamiento / Injertos / Volumen	Notas
Entrada 1				
Entrada 2				
Entrada 3				
Entrada 4				
Entrada 5				
Entrada 6				

Consentimiento y Firma

Doy consentimiento voluntariamente al tratamiento de restauración capilar seleccionado anteriormente. He sido informado de los beneficios, riesgos, alternativas (incluyendo terapia médica y sin tratamiento) y posibles complicaciones. Entiendo que este es un procedimiento electivo y no se ha hecho garantía alguna del resultado. Libero al proveedor y la práctica de responsabilidad relacionada con este tratamiento excepto en casos de negligencia.

Confirmando que he leído y entendido la información anterior y doy mi consentimiento informado.

He leído y entiendo la información anterior: _____

Firma

Fecha

Nombre en letra de imprenta

Fecha *

DD / MM / AAAA

Este formulario fue proporcionado gratuitamente por Consentify

Consentify convierte formularios como este en consentimiento digital que tus clientes firman en su teléfono mediante código QR — con PDFs automáticos, alertas de contraindicaciones y almacenamiento cifrado. Plan gratuito disponible en <https://getconsentify.com>.

Solo plantilla. Revisa con tu propio profesional con licencia o asesor legal antes de usar; los requisitos varían según la jurisdicción y la práctica.