

Consentimiento PRP / Facial Vampire

Consentimiento informado para terapia con Plasma Rico en Plaquetas (PRP) y tratamientos de microagujas con PRP

Información del Cliente

Nombre *

Apellido *

Correo Electrónico *

Número de Teléfono *

Fecha de Nacimiento *

DD / MM / AAAA

Detalles del Tratamiento

Tipo de Tratamiento PRP *

- ☐ Facial PRP (Facial Vampire — PRP + Microagujas)
- ☐ Inyecciones de PRP (articulación, cuero cabelludo o piel)
- ☐ Restauración Capilar con PRP

Áreas de Tratamiento *

- ☐ Cara
- ☐ Cuello
- ☐ Cuero Cabelludo
- ☐ Debajo de los Ojos
- ☐ Manos
- ☐ Articulación (especificar)

Evaluación de Salud

¿Está actualmente embarazada o en período de lactancia? *

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Tiene un trastorno de sangrado o disfunción plaquetaria? *

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Está tomando anticoagulantes o AINEs (aspirina, ibuprofeno)? *

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Tiene alguna infección activa de piel o aftas en el área de tratamiento? *

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Tiene algún cáncer activo o enfermedad transmitida por sangre? *

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Ha tomado Accutane en los últimos 6 meses? *

- ☐ Sí
- ☐ No

Riesgos y Recuperación Esperada

Acerca del Tratamiento PRP:

El PRP utiliza su propia sangre, que se extrae, se procesa en una centrífuga para concentrar plaquetas y luego se aplica a la piel mediante microagujas o se inyecta en las áreas objetivo.

Riesgos Potenciales:

- Hematomas, enrojecimiento e inflamación en los sitios de extracción de sangre y tratamiento
- Dolor o molestia durante el tratamiento
- Infección (rara)
- Reacción alérgica a la crema anestésica (el PRP en sí utiliza su propia sangre)
- Hiperpigmentación temporal
- Nódulos en los sitios de inyección (rara)
- Los resultados varían — generalmente se necesitan múltiples sesiones

Cuidados Posteriores:

- Evite tocar el área tratada durante 6 horas
- Sin maquillaje durante 24 horas
- Evite el sol, ejercicio y sauna durante 48 horas
- Sin retinoides o exfoliantes durante 72 horas
- Mantenga la piel hidratada

Entiendo que el PRP implica una extracción de sangre y los riesgos asociados tanto con la extracción como con el tratamiento. Consiento en continuar.

Entiendo los riesgos y el procedimiento de extracción de sangre: _____

Registro de Servicio

Solo para uso interno

	Fecha	Paso	Detalle	Notas
Entrada 1				
Entrada 2				
Entrada 3				
Entrada 4				
Entrada 5				
Entrada 6				

Consentimiento y Firma

Doy mi consentimiento al tratamiento con PRP descrito anteriormente, incluyendo la extracción de sangre. Entiendo los riesgos, beneficios y alternativas. He divulgado toda la información de salud relevante. Libero al proveedor de responsabilidad.

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.