



A&WMC

## O-SHOT 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: \_\_\_\_\_

### Historia Ginecología

¿Último papanicolaou (normal/anormal)?: \_\_\_\_\_

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

¿Último periodo?: \_\_\_\_\_

### Historia Medica

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

\_\_\_\_\_

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

Cirujías: \_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Otras condiciones médicas: \_\_\_\_\_



A&WMC

**CONSENTIMIENTO PARA EL PROCEDIMIENTO DE O-SHOT**

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 llamado O-Shot.

Entiendo que el procedimiento propuesto es la inyección de plasma rico en plaquetas en la vagina y clítoris, denominada O-Shot.

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.

Doy mi consentimiento para la administración de la anestesia tópica.

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: \_\_\_\_\_