

FORMATO DE REGISTRO DE CASOS CLÍNICOS PARA: THE *jawline* EDITION

Instrucciones: Por favor, complete la información solicitada en cada apartado y asegúrese de enviar el documento completamente requisitado, junto con las fotografías por el medio que se le indique.

1. Datos del Profesional de la Salud

- Nombre completo: _____
- Especialidad: _____
- Centro de atención médica: _____
- Teléfono de contacto: _____
- Correo electrónico: _____

2. Información del Caso Clínico

2.1. Diagnóstico Inicial

- Condición tratada o motivo de tratamiento: _____
- Severidad o escala utilizada (si aplica): _____
- Descripción breve de la condición inicial: _____

2.2. Producto Dermavan Utilizado

- Nombre del producto: _____
- Motivo de elección del producto: _____

2.3. Protocolo de Tratamiento

- Zona o área de aplicación: _____
- Dosis aplicada (por zona): _____
- Frecuencia de aplicación: _____
- Duración total del tratamiento: _____
- Uso combinado con otros tratamientos (detallar): _____

2.4. Resultados y Observaciones

- Cambios observados en la condición cutánea: _____

- Tiempo necesario para observar mejoras significativas: _____

- Efectos adversos o reacciones secundarias (si las hubo): _____

3. Experiencia General con Dermavan

- Ventajas percibidas del producto: _____

- Sugerencias para optimizar su uso: _____

4. Fotografías Clínicas

- Capture imágenes antes, durante y después del tratamiento.
- Asegúrese de que las fotografías sean de alta calidad.
- Basarse en la Guía para toma de imágenes.

Firma del Médico responsable