



Programa Jornada de Dermofarmacia CIUDAD REAL 2024

*Preliminar.
Sujeto a modificaciones.*

09,00 - 09,30 h.

Entrega documentación.

09,30 - 09,45 h.

Presentación.

09,45 - 10,45 h.

Profesionalización del servicio de Dermofarmacia.

D^a Blanca Llácer Ochoa.

FARMACÉUTICA TITULAR. VOCAL DERMOFARMACIA Y FORMULACIÓN MAGISTRAL COF ALICANTE, PROFESORA DE MÁSTER DE DERMOFARMACIA Y COSMÉTICA UMH.

10,45 - 11,45 h.

Posibilidades del medicamento individualizado en dermatología pediátrica.

Dr. Édgar Abarca Lachén.

FARMACÉUTICO FORMULISTA. PROFESOR INVESTIGADOR UNIVERSIDAD DE SAN JORGE. VICEPRESIDENTE LASEMI.

11,45 - 12:30 h.

Pausa-café.

12,30 - 13,30 h.

Alopecia, consejo farmacéutico y criterios de derivación.

Dr. Kelvin Poveda Vera.

LICENCIADO EN MEDICINA. MÁSTER EN MEDICINA ESTÉTICA Y ANTIENVEJECIMIENTO. MÁSTER DE INJERTO CAPILAR Y TRICOLOGÍA.

13,30 - 14,30 h.

Cuidado del cabello: el nuevo nicho en la farmacia.

D^a Helena Rodero Torres.

FARMACÉUTICA ESPECIALISTA EN LA PIEL Y EL CABELLO.

14,30 - 16,00 h.

Comida de trabajo.

16,00 - 17,00 h.

De los mitos a las Apps cosméticas. Claves para combatir la desinformación.

Dr. Tomás Muret Ramón.

VOCAL NACIONAL DERMOFARMACIA.

17,00 - 18,00 h.

Mens Sana in piel sana: Emociones de vital importancia.

D^a. Raquel Arbizu Olveira.

FARMACÉUTICA. FUNDADORA Y CEO FARMAFLOW. EXPERTA EN RETAIL MARKETING, COMUNICACIÓN Y GESTIÓN DE EQUIPOS APLICADO A LA FARMACIA.

INSCRIPCIÓN

JORNADA DE DERMOFARMACIA • 23 DE MAYO DE 2024

DATOS PERSONALES			
APELLIDOS		NOMBRE	
Nº COLEGIADO	CENTRO DE TRABAJO	DNI	
LOCALIDAD		TELÉFONO	
EMAIL			

Cuota de inscripción

Farmacéuticos colegiados en Ciudad Real: 50 €

Farmacéuticos no colegiados en Ciudad Real
y Técnicos en Farmacia y Parafarmacia: 60 €

La cuota de inscripción incluye:

Documentación, acceso a las sesiones científicas, almuerzo de trabajo, pausa café. (IVA incluido)

Forma de Pago

Farmacéuticos Colegiados en COF Ciudad Real, se cargará en cuenta.

Resto de asistentes a través de transferencia bancaria (Contactar con el COFCR).

EN CASO DE NECESITAR FACTURA CUMPLIMENTE LOS SIGUIENTES DATOS

NOMBRE Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL		CIF / DNI	
DOMICILIO			
LOCALIDAD	CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA	
TELÉFONO / FAX	EMAIL		

Organiza

Patrocinan

Colaboran

