

Sede del curso:

COL·LEGI DE PODÒLEGS DE CATALUNYA

Valencia, 494

08013 Barcelona

932 45 65 06



CURSO FORMACIÓN LÁSER PODOLOGÍA

'Tratamiento de la onicomiosis,
las verrugas plantares y otras patologías
con láser de 1064nm S30 PODYLAS'

COL·LEGI DE PODÒLEGS DE CATALUNYA
Barcelona, sábado 4 de mayo de 2013

PROGRAMA

Patrocinan:



Tel.: 93 426 10 01

Móvil: 610 555 760

www.catalanadepodologia.com

INTERmedic

Tel.: 902 25 45 45

Fax: 902 22 35 35

clinical-formation@inter-medic.net

www.podylas.com



PROGRAMA

'Tratamiento de la onicomiosis, las verrugas plantares y otras patologías con láser de 1064nm S30 PODYLAS'

- 09.45h 10.00h - **Entrega de documentación**
- 10.00h 10.05h - **Presentación del curso**
- 10.05h 10.30h - **El láser: Principios e interacción láser-tejido**
Dra. Mailin Franco. Especialista en láser
- 10.30h 10.45h - **Dosimetrías**
Sr. Xavier Arcusa. Ingeniero especialista en láser
- 10.45h 11.15h - **Coffee Break**
- 11.15h 12.00h - **Bases teóricas y experiencia con láser en el tratamiento de la onicomiosis**
Dr. Antonio Zalacaín. Prof. Podología. Universidad de Barcelona
- 12.00h 12.20h - **Mi experiencia con láser de 1064nm**
Sr. Jordi Mayral. Clínica Mayral Foot Center (Barcelona)
- 12.20h 12.40h - **Actualización del tratamiento de verrugas plantares. Otras aplicaciones: helomas neurovasculares, angiomas, etc.**
Sr. Ricard Cofiné. Centro Podológico Ricard Cofiné (Barcelona)
- 12.40h 13.00h - **Aplicaciones de LLLT (Low Level Laser Therapy): Espolón calcáneo, fascitis plantar, hallux valgus, metatarsalgias, postquirúrgicos del pie**
Dr. Joaquín Surós. Centros Cesmar
- 13.00h 13.15h - **Aplicaciones quirúrgicas del láser en podología**
Dr. Antonio Zalacaín. Prof. Podología. Universidad de Barcelona
- 13.15h 13.30h - **Preguntas**
- 13.30h 14.30h - **Parte práctica**

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

CURSO FORMACIÓN LÁSER BARCELONA

Fecha: Sábado, 4 de mayo de 2013

Lugar: COL-LEGI DE PODÒLEGS DE CATALUNYA (Barcelona)

Nombre: _____

Apellidos: _____

Centro: _____

Especialidad: _____ NIF: _____

Dirección: _____

Código Postal: _____ Ciudad: _____

Tel: _____ Fax: _____

Email: _____

Móvil: _____

Fecha y firma:

Rellene este **BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN**
y envíelo, escaneado,
al email clinical-training@inter-medic.net

CORTAR POR LA LÍNEA DE PUNTOS

