



Información del paciente

Nombre _____ DOB _____

Dirección _____

Recordatorios de texto telefónico (círculo) SI NO

Fuente de referencia por correo electrónico _____

Motivo de la visita _____

Tipo de piel

Círculo de todo lo que se aplica

¿Tu piel está? Combinación en seco aceitoso

¿Cómo te bronceas? Quemadura quemar luego broncearse Por lo general

¿Pigmentación de la piel? Incluso las marcas de nacimiento desiguales máscara de embarazo

¿Capilares rotos? Nariz Mejillas Chin Frente

Usted tiene: Pimples Blackheads Flakiness Whiteheads Agrandar poros Acne Scars

Te gustaría mejorar:

Líneas finas

Líneas de Sonrisa

Líneas de preocupación

Profunda Sun Damage

Líneas Marionette

Frown Lines

Líneas Cicatrices Faciales

Crow's Feet

Moles

Color Irregularities

Grandes Poros

Overall Skin Tone

Acné Scars

Lip Shape/Size

Productos para el cuidado de la piel que utiliza

actualmente: _____

Historial de Salud Personal

Alergias a medicamentos _____

Medicamentos actuales: _____

Círculo de todo lo que se aplica

Usted tiene:	Accutane (6 meses)
Enfermedad hepática /Trastorno	Cicatrices hipertróficas
Enfermedad cardiovascular/Enfermedad linfática de sórmis/Trastorno	Solo para mujeres:
de trastorno de la glándula tiroides	Períodos regulares
del cáncer (activo dentro de 1 años.)	tomando anticonceptivos
Hipertensión no controlada	Denopausia
Comprometida Historia del sistema inmune de las lesiones de la piel de herpes labial	de uso de estrógeno
Lesiones/Sores	Con experiencia en la máscara de embarazo
De fotosensibilidad	Embarazada
	Lactancia

Agradecimientos

Inicial para el consentimiento

_____ Doy mi consentimiento para tomar fotos antes/después que se utilizarán para rastrear mi progreso

_____ Doy mi consentimiento para dejar que mis fotos de antes/después se usen en todas las plataformas de medios sociales

_____ Entiendo que no hay garantías de los resultados de mis tratamientos. Entiendo para lograr los máximos resultados, puedo requerir varios tratamientos.

_____ Para lograr resultados óptimos, se recomienda seguir el régimen de cuidado de la piel prescrito y evitar la exposición al sol sin protector solar recomendado.

_____ Entiendo que es mi responsabilidad personal informar a la clínica de cualquier cambio en mi historia clínica durante el transcurso de mis sesiones de tratamiento.

_____ Soy plenamente consciente de que mi condición es de una preocupación cosmética y la decisión de proceder se basa únicamente en mi deseo expreso de hacerlo.

_____ Entiendo los estándares de privacidad y seguridad utilizados para proteger la confidencialidad de mi información de salud (HIPPA). Si no, puedo solicitar una copia en el frente.

HE LEIDO ESTE FORMULARIO TOTALMENTE Y LO HE COMPLETADO TOTALMENTE Y CON PRECIOSAMENTE A LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO.

Date this form was completed: _____ Patient Signature: _____