



### 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*

<b>Usted tiene:</b>	Accutane (6 meses)
Enfermedad hepática /Trastorno	Cicatrices hipertróficas
Enfermedad cardiovascular/Enfermedad linfática de sórmis/Trastorno	<b>Solo para mujeres:</b>
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: \_\_\_\_\_