



Información del paciente

Nombre _____ DOB _____

Dirección _____

Teléfono _____ Recordatorios de texto telefónico (círculo) SI NO

Correo _____ Origen de referencia _____

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 de trastorno de la glándula tiroides del cáncer (activo dentro de 1 años.)	Solo para mujeres: Períodos regulares tomando anticonceptivos Denopausia
Hipertensión no controlada	de uso de estrógeno
Comprometida Historia del sistema inmune de las lesiones de la piel de herpes labial	Con experiencia en la máscara de embarazo Embarazada
Lesiones/Sores	Lactancia
De fotosensibilidad	

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 (HEPPA). 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:** _____