**INFORMACION DEL CLIENTE E HISTORIAL MEDICO**

**Toda la información es estrictamente confidencial**

HISTORIAL PERSONAL

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección de su casa:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono día: (\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Otro teléfono alternativo: (\_\_\_\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Le gustaría recibir ofertas via email?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Le gustaría recibir ofertas via msg txt?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cel.: (\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y teléfono de contacto en caso de emergencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Como supo de nosotros? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cuál de los siguientes describe mejor tu piel? (Circula tu opción)

I.Siempre me quemo, nunca me bronceo. II. Siempre me quemo, a veces me bronceo. III. A veces me quemo, siempre me bronceo. IV. Raramente me quemo, siempre me bronceo. V. Piel oscura, siempre me bronceo y mi color se torna más oscuro. VI. Piel muy muy oscura o negra.

Que tan seguido usas camas de bronceado o lociones bronceadoras? ( Circula tu opción)

Una vez a la semana Una vez al mes Muy rara vez Nunca

HISTORIAL MEDICO

Se encuentra actualmente bajo supervisión médica? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si si, explique:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Se encuentra actualmente bajo la supervisión de algún dermatólogo?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si si, explique:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Tiene una historia de abigne eritema, que es una erupción cutánea persistente producida por la exposición prolongada o repetida al calor moderadamente intenso o irritación de infrarrojos?\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Tiene usted alguna de las siguientes condiciones médicas? (Por favor circule todas las que apliquen)

Presión arterial Cáncer Diabetes Herpes Artritis herpes labial frecuente HIV / SIDA Hepatitis cicatrización queloide enfermedades de la piel / lesiones cutáneas trastorno Seizure (trastorno convulsivo) Desequilibrio hormonal Tiroides anomalías de la coagulación Alguna infección activa

Por favor, explique \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Tiene algún otro problema de salud o condiciones médicas que deberíamos saber?

Por favor describa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica a algo de los siguientes? (Por favor marque todas las que apliquen)

Comida Látex Aspirina Lidocaína Hidrocortisona agentes blanqueadores de la piel o Hidroquinona

Explique la reacción: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MEDICAMENTOS

¿Alguna vez has tomado Accutane?\_\_\_\_\_\_\_ Si sí, ¿cuándo fue la última vez lo utilizo?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Qué medicamentos orales estás tomando actualmente? Pastillas anticonceptivas Hormonas Otros

Por favor enliste: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Está usted en cualquier medicamento que altera el estado de ánimo o anti-depresivo?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Qué tipo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Qué medicamentos o cremas tópicas está utilizando actualmente? Retin-A ® Otros

Por favor enliste: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Qué suplementos o medicamentos a base de hierbas usa usted con regularidad?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

HISTORIAL DE LA PIEL

¿Ha tenido alguna exposición al sol reciente, se ha bronceado o usado productos que cambian el color de su piel?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Alguna vez has tenido la depilación láser?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Ha utilizado alguno de los siguientes métodos de eliminación del vello en las últimas seis semanas?

Waxing (Cera) Electrolisis depilación desde la raíz arrancando con pinzas

¿Es usted forma cicatrices gruesas o planteadas al cortarse o quemarse? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Le da la hiperpigmentación (oscurecimiento de la piel) o hipopigmentación (aclaramiento de la piel) o marcas después de un trauma físico? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por favor describa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Para nuestros clientes mujeres:

¿Está embarazada o tratando de quedar embarazada? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Está amamantando? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Está utilizando anticonceptivos?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RECONOCIMIENTO:

Certifico que las declaraciones, el historial personal y de la piel médicas anteriores son verdaderas y correctas. Soy consciente de que es mi responsabilidad informar al técnico, esteticista, terapeuta, médico o enfermera de mis condiciones médicas o de salud actuales y actualizar este historial. Un historial médico actual es esencial para el especialista en laser para ejecutar los procedimientos de tratamiento adecuados.

Firma del Cliente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Director Médico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Procedimiento de tratamiento revisado y aprobado para proceder