

Formulario de Consulta del MedSpa y Centro de Láser

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Ocupación: _____

¿A quién podemos agradecer por su referencia? _____

1) ¿Es alérgico a algún medicamento o algún ingrediente producto?

No **Si** - Explique: _____

2) ¿Ha estado bajo el cuidado de un médico, dermatólogo u otro profesional médico durante el último año?

No **Si** - Explique: _____

3) ¿Se le han diagnosticado con Rosácea o cualquier otra enfermedad de la piel?

No **Si** - Explique: _____

4) ¿Ha tenido cirugías recientes?

No **Si** - Explique: _____

5) ¿Antecedentes personales o familiares de cáncer de piel?

No **Si** - Explique: _____

6) ¿Alguna vez ha usado medicamentos para el acné?

No **Si** - ¿Cuándo y de qué tipo? _____

7) ¿Usted fuma? **No** **Si**

8) ¿Usas lentes de contacto? **No** **Si**

9) ¿Con qué frecuencia se expone al sol o usa una cama de bronceado?

Con poca frecuencia | **Con frecuencia** | **Regularmente**

10) ¿Tiene implantes metálicos o marcapasos? **No** **Si**

11) ¿Alguna vez ha tenido fuegos labiales o herpes labial? **No** **Si**

12) ¿Qué áreas de preocupación desea discutir hoy? *(Marque todo lo que aplique)*

Manchas en la piel

Arrugas

Depilación láser

Capilares rotos

Enrojecimiento

Líneas del entrecejo

Pérdida del volumen facial

Rejuvenecimiento facial

Acné

Piel flácida

Cicatrices

13) ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su tipo de piel? *(Por favor marque el tipo que aplica)*

- Tipo I** - Clara, pálida. Cuando toma el sol, siempre se quema, nunca se broncea.
- Tipo II** - Blanca. Normalmente se quema, broncea con dificultad.
- Tipo III** - Media, blanca a oliva. A veces tiene quemaduras leves, gradualmente tiñe a oliva.
- Tipo IV** – Aceitunada/oliva, marrón moderado. Rara vez se quema, broncea con facilidad a un color marrón moderado.
- Tipo V** - Marrón, marrón oscuro. Muy raramente se quema, se broncea muy fácilmente.
- Tipo VI** - Negra, marrón muy oscuro a negra. Nunca se quema, se broncea muy fácilmente, profundamente pigmentada

14) ¿Alguna vez ha tenido exfoliaciones químicas, microdermoabrasión o tratamientos con láser?

No **Si** - Explique: _____

15) ¿Ha utilizado productos derivados de Retin-A, Renova, Adapalene Hydroxyl Acid o Retinol / Vitamina A en los últimos tres meses? **No** **Si**

16) ¿Ha utilizado alguno de los siguientes métodos de depilación en las últimas seis semanas? **No** **Si**
(Marque todo lo que corresponda)

Afeitado | Depilación con Cera | Electrólisis | Depilado con Pinzas | Depilado con Hilo | Cremas

Sólo para mujeres:

17) ¿Está tomando anticonceptivos orales? **No** **Si**

18) ¿Está usted embarazada o tratando de quedar embarazada? **No** **Si**

~~~

Entiendo, he leído y completado este cuestionario con veracidad. Estoy de acuerdo en que esto constituye una revelación completa, y que reemplaza cualquier revelación verbal o escrita previa. Entiendo que retener información o proporcionar información errónea puede resultar en contraindicaciones y/o irritación de la piel por los tratamientos recibidos. Los tratamientos que recibo aquí son voluntarios y exonero a esta institución y/o profesional de cuidado de la piel de responsabilidad y asumo plena responsabilidad de la misma.

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Testigo:** \_\_\_\_\_