

# Ageless Remedies®

Consulta Estética

med spa & laser center

Questionario Médico

TODAS LAS SECCIONES DEBEN SER COMPLETADAS. POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE.

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono Comercial: ( ) \_\_\_\_\_

**Dirección de Domicilio:** \_\_\_\_\_ **Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Estado Civil (encierre uno): S C D V

Nombre del Cónyuge: \_\_\_\_\_

**¿Cómo desea que confirmemos sus citas?**  MENSAJE DE TEXTO  CORREO ELECTRÓNICO

### ¿Cómo escuchó de nosotros?

- Amistad/Familia \_\_\_\_\_
- Motor de Búsqueda (Google, Yahoo, Bing)
- Redes Sociales (Facebook/Instagram)
- Organización \_\_\_\_\_
- Certificado de Regalo
- Sin Cita Previa
- Pagina Web de Producto: \_\_\_\_\_
- Otro \_\_\_\_\_

### Indique Todos los Procedimientos Estéticos que ha Tenido (Botox, Láseres, Rellenos Inyectables, Peeling)

Procedimiento	Año	Doctor/Spa	Ciudad
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

- Si  No ¿Hubo complicaciones? (Si su respuesta es sí, por favor explique) \_\_\_\_\_
- Si  No ¿Tuvo una recuperación normal? (Si no, por favor explique) \_\_\_\_\_
- Si  No ¿Tuvo resultados satisfactorios? (Si no, por favor explique) \_\_\_\_\_

### Indique Condiciones Médicas (Hipertensión, Diabetes, Cáncer)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Indique Cirugías, incluyendo estéticas (aumento de senos, estiramiento facial, cirugía de párpados, etc.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### ¿Actualmente está bajo el cuidado de un doctor por algún problema médico/quirúrgico/psiquiátrico?

Explique: \_\_\_\_\_

**¿Quién es su Doctor?** \_\_\_\_\_

### Medicamentos:

- Si  No ¿Por favor nombre cualquier **prescripción** o medicamento **sin-receta-médica** que sea tomado regularmente u ocasionalmente (incluyendo aspirina, Advil, vitaminas, etc.)?

\_\_\_\_\_

**Alergias a Medicamentos:**

Si  No ¿Tiene alergia a algún medicamento, aspirina, antibióticos, látex etc.? (Si su respuesta es sí, por favor indíquela y explique su reacción)

\_\_\_\_\_

**Otras Alergias:** (frutas, mariscos, cosméticos)

\_\_\_\_\_

**Mujeres:**

Si  No ¿Tiene el síndrome de ovario poliquístico?

Si  No **¿Puede haber una posibilidad de que este embarazada?**

**Historial del Cuidado de la Piel**

¿Cuál es su ascendencia? \_\_\_\_\_

¿Qué es lo que le gustaría mejorar de su piel? (Arrugas, Manchas de la Edad, Capilares Rotos, Acné) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre los productos que actualmente usa para el cuidado de la piel, sean prescritos o sin receta médica:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si  No ¿Ha sufrido una lesión, al rostro, nariz, ojos, o cuello? (Si su respuesta es sí, cuando?) \_\_\_\_\_

Si  No ¿Usted fuma? Si su respuesta es sí, enumere cuantos paquetes al día \_\_\_\_\_ por cuanto tiempo \_\_\_\_\_

Si  No ¿Consumo bebidas alcohólicas? Enumere cuantas bebidas al día \_\_\_\_\_

Si  No **¿Alguna vez ha tenido úlceras bucales, herpes zoster (culebrilla), o herpes?**

Si  No ¿Toma aspirina o anticoagulantes?

Si  No ¿Hace ejercicio regularmente?

Si  No ¿Se ha hecho procedimientos estéticos permanentes?

Si  No ¿Tiene tatuajes?

Si  No ¿Ha tenido una "reacción" a algún anestésico (Novocaine/Lidocaine) administrado por un dentista o doctor?

Si  No ¿Está tomando o ha tomado Acutane? Cuando? \_\_\_\_\_

Si  No ¿Está usando Vitamina A tópica? (Tretinoin, Retin A, Retinoic Acid, Tazorac, Differin, Renova, etc.)

Si  No ¿Ha usado una cama bronceadora o se ha bronceado al sol en la última semana?

Si  No ¿Está usando Glycolic Acid/Hydroxy Acid?

Si  No ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica a algún producto de piel o cosmético?

Explique: \_\_\_\_\_

Si  No ¿Está bajo terapia de reemplazo hormonal?

Si  No ¿Toma pastillas anticonceptivas?

Si  No ¿Tiene decoloración de la piel? (Melasma, áreas claras, marrones, rojas, u oscuras)

Si  No ¿Usa protector solar?

Si  No ¿Está actualmente bajo el cuidado de un doctor, por alguna condición de cuidado de la piel?

Explique: \_\_\_\_\_

**Por favor responda lo siguiente:**

Si  No Yo acepto el hecho de que hay riesgos involucrados en cada procedimiento estético

Si  No Yo soy consciente de la posibilidad que existe, de que mi tratamiento estético quizás no cumpla completamente mis expectativas.

Si  No Yo entiendo que los resultados de mi tratamiento estético dependen de la declaración plena y completa de toda información médica y quirúrgica concerniente a mí; y, que la omisión de problemas relacionados a mi salud, antecedentes quirúrgicos, medicamentos actuales y alergias, o cualquier otra información pertinente puede directamente afectar mi seguridad personal y/o los resultados; y voy a seguir mis instrucciones de cuidado posterior.

**Firma** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

Medical Director Richard "Paul" Greenberg, M.D., Ph.D.