

Ageless Remedies®

med spa & laser center

Consulta Estética

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.