



Información del paciente – Facial

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
Ocupación: _____ Numero de teléfono: _____
Correo electrónico: _____
¿Cómo nos encontraste? _____

¿Ha estado bajo el cuidado de un médico, dermatólogo u otro profesional médico en el último año? Sí/No En caso afirmativo, por favor explique: _____
¿Tomas algún medicamento? Sí/No En caso afirmativo, ¿cuál es? _____

¿Te has hecho un tratamiento facial profesional antes? Si es así, ¿cuándo fue la última sesión? _____
¿Utiliza Botox, Retin-A, Renova, Ácido Glicólico, Hidroquinona, AHA, Ácido Salicílico, Retinol / Vitamina-A productos derivados? Sí/No En caso afirmativo, ¿cuáles? _____
¿Ha usado un medicamento para el acné? Sí/No Si es así, ¿cuál y con qué frecuencia? _____
¿Forma cicatrices gruesas o elevadas por cortes o quemaduras? Sí/No
¿Tiene hiperpigmentación (oscurecimiento de la piel) o hipopigmentación (aclaramiento de la piel) o marcas después de un trauma físico? Sí/No En caso afirmativo, ¿cuál? _____
¿Tiene alguna alergia a los aceites, lociones o cremas perfumados / sin perfume? Sí/No En caso afirmativo, por favor specify _____

Por favor, haga un círculo si alguna vez ha tenido una reacción alérgica a cualquiera de los siguientes?
Cosméticos Medicina e Alimentos Protectores Solares Animales Pulero de Alimentos AHAAs
Please explica: _____

¿Ha tenido alguna cirugía facial reciente, incluida la cirugía plástica? Sí/No En caso afirmativo, ¿cuál? _____

¿Ha tenido o tiene cáncer? Sí/No Si es así, ¿de qué tipo? _____

Si es así, ¿está embarazada? Sí/No En caso afirmativo, ¿cuántas semanas? _____

¿Algún desafío para la menopausia? Sí/No En caso afirmativo, enumere los síntomas: _____

¿Haces ejercicio? Sí/No ¿Con qué frecuencia? _____

¿Cuál es su consumo diario de agua? _____

¿Cuál es tu nivel de estrés? Alto / Medio / Bajo

¿Ha estado expuesto al sol o ha usado una cama de bronceado en las últimas 48 horas? Sí/No

¿Tiene implantes metálicos o usa un marcapasos? Sí/No

En caso de emergencia, ¿a quién debemos llamar? Nombre: _____
Numero de teléfono: _____

Entiendo y acepto que esto constituye una divulgación completa y que reemplaza cualquier divulgación verbal o escrita anterior. Entiendo que retener información o proporcionar información errónea puede resultar en contraindicación y / o irritación de la piel por los tratamientos recibidos. Soy consciente de que es mi responsabilidad informar a mi profesional del cuidado de la piel de mis condiciones médicas o de salud actuales y actualizar este historial. Los tratamientos que recibo aquí son voluntarios y libero a Alora Health Spa y / o al profesional del cuidado de la piel de la responsabilidad y asumo la responsabilidad de los mismos.

Firma: _____ Fecha: _____

Notas:
