Aesthetics By Eileen
LASER & SKIN CARE MEDICAL SPA
5540 MUNFORD ROAD, SUITE 101
RALEIGH, NC 27612
919-881-2100

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre: _____
Apellido Primer Segundo

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Números de Casa: _____ **Celular**: _____ **Trabajo:** _____

Dejamos mensaje: SI / NO **Desea recibir mensajes de texto con actualizaciones**: SI / NO **Desea recibir especiales mensuales** SI / NO

Email: _____ **Método preferido de contacto**: _____

Fecha de nacimiento: _____/_____/_____ **Edad**: _____ **Sexo**: _____ **Raza**: _____

Estado Civil: _____ **Empleo**: _____

Contacto de Emergencia: _____**Teléfono**: _____ **Relación:** _____

¿Cómo escucho de nosotros? : _____ (*Nos gustaría agradecer a quien lo refirió).*

1. ¿Cuál es la razón principal para la consulta? _____
2. ¿Qué tratamientos o procedimientos estéticos se ha hecho en el pasado?_____
3. Si a tenido procedimientos o tratamientos estéticos previamente ¿Quedo satisfecho con los resultados? *SI / NO*
   Si, NO, ¿En qué sentido no está satisfecho? _____
4. ¿Tiene alguna inquietud sobre algún tratamiento o procedimiento estético? *SI / NO*
   Si las tiene cuales son:_____
5. ¿Se ha hecho o tiene maquillaje permanente? Si lo tiene ¿En donde se lo hizo?_____

Productos, Tratamientos & Procedimientos Estéticos

Por favor déjenos saber cuál de los siguientes le interesan. Por favor marque los que apliquen.

_____CoolSculpting/Contorneado de Cuerpo
_____ Celulitis/Venus Freeze
_____ AHA/Glicólico Peels/Exfoliaciones químicas
_____ Tratamientos para Acné
_____Reparación de Cicatrices de Acné
_____ Microdermoabrasión
_____ Botox®/Dysport®/Xeomin®
_____ Rellenos Dérmico
_____Relleno Permanente
_____Corrección de venas Faciales
_____Rejuvenecimiento de Piel
_____Tensar o Estiramiento de la Piel
_____ IPL (Luz Intensa Pulsada para las Manchas)
_____ Clear and Brilliant (Claro & Brillante)
_____Hydrofacial
_____ Láser Génesis
_____ Escleroterapia
_____ Aumento de Labios
_____ Aumento de pestañas
_____ Corrección para decoloración de la piel, Daños solares/Manchas/Melasma
_____ Productos Farmacéuticos para el cuidado de la piel, Vitamina C tópica
_____ Consejos de Protección Solar
_____ Kybella (para la papada)

_____Cualquier otra área de preocupación que no esté mencionada, por favor detallar: _____
_____

Firma: _____ **Fecha:** _____

Aesthetics By Eileen
LASER & SKIN CARE MEDICAL SPA
5540 Munford Road, Suite 101
Raleigh, NC 27612
919-881-2100

FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO

Nombre: _____
Apellido Primer Segundo

Alergias: (Por favor indique todas las alergias a alimentos y medicina, incluya la reacción) _____

Medicina: (Por favor anote todos los medicamentos que esté tomando, incluyendo la medicina sin receta y/o Homeopáticos)

_____

_____

Embarazada o Dando Pecho: *SI / NO* **Usa tabaco:** *SI / NO* **Promedio de alcohol diario:** _____

Antecedentes de reacción adversa a la anestesia tópica: *SI / NO*

Historial quirúrgico: (Por favor anote todas las intervenciones quirúrgicas previas, incluyendo las cosméticas) _____

_____

_____

Hospitalizaciones pasadas: _____

Historial Médico (Por favor marque todos los que apliquen)**:**

_____ Problemas de Corazón

_____ Hipertensión

_____ Diabetes Mellitus

_____ Enfermedad del Hígado, hepatitis o Ictericia

_____ Dolor de cabeza crónico

_____ Leg, Back, Neck pains

_____ Desmayos o mareo con procedimientos médicos

_____ Glaucoma/Cirugía ocular

_____ Cáncer (tipo) _____

_____ Trastornos de la coagulación

_____ Enfermedades autoinmunes

_____ Convulsiones

_____ Problemas de riñón

_____ Trastornos de la piel

_____Historial de Fiebre escarlatina/reumática

_____ Cicatrices queloides

_____ Coágulos de sangre

_____ Problemas estomacales/intestinales

_____ Emocional/Psiquiátrico

_____Tiene dispositivos permanentes implantados

Historial Familiar (Por favor anote el historial de enfermedades significantes de familia):_____

Otra información (Por favor Indique detalles sobre cualquier información médica que pueda ser útil para que nosotros le podamos proporcionar la mejor atención posible):_____

_____

Firma: _____ Fecha: _____

Aesthetics By Eileen
LASER & SKIN CARE MEDICAL SPA
5540 Munford Road, Suite 101
Raleigh, NC 27612
919-881-2100

Fototipos de piel

Fototipo	Piel	Ojos	Pelo	Bronceado / Quemaduras	Protección solar necesaria
I	Rosada y muy pálida	Verde claro o azules	Rubio o pelirrojo	Casi nunca/ Gran propensión	Máxima
II	Clara	Azules, verdes o marrón claro	Claro	Muy lento / Propensión	Muy alta
III	Clara en invierno y bronceada en verano	Verdes o marrones	Castaño	Facilidad/ Por exposición larga al sol	Alta
IV	Morena	Marrones	Castaño	Bastante facilidad/ Difícil	Normal
V	Oscura	Marrones o negros	Castaño oscuro o negro	Mucha facilidad/ Difícil	Normal - baja
VI	Muy oscura o negra	Marrones oscuros o negros	Negro	Mucha facilidad/ Muy difícil	Baja

Por favor escoja su fototipo

Aesthetics By Eileen
LASER & SKIN CARE MEDICAL SPA
5540 Munford Road, Suite 101
Raleigh, NC 27612
919-881-2100

Nombre del Paciente:_____ Fecha de Nacimiento:_____

Reconocimiento de Recibo del Aviso de las Practicas de Privacidad

Reconozco que se me proporcionó una copia del Aviso sobre las Prácticas de Privacidad de Aesthetics by Eileen at Laser & Skin Care Medical Spa's, PLLC. Este aviso describe cómo Aesthetics by Eileen at Laser & Skin Care Medical Spa's, PLLC pueden usar y impartir mi información protegida, de salud, ciertas restricciones sobre el uso y divulgación de mi información de salud y los derechos que yo pueda tener con respecto a mi información de salud.

_____
Iniciales

Credit Card HIPAA Release
Autorización de Tarjeta de crédito y HIPAA

Aesthetics by Eileen at laser & Skin Care Medical Spa, PLLC requiere una declaración de autorización firmada de cuando se utiliza una tarjeta de crédito para pagar por un procedimiento. En caso de una disputa con la compañía de tarjetas de crédito en relación con esta transacción, tenemos que tener la capacidad de proporcionar información personal a esa organización bancaria o de crédito.

Valoramos su privacidad y prometemos que los socios de de Aesthetics by Eileen at Laser & Skin Care Medical Spa's, PLLC, no facilitará información de salud protegida a la compañía de tarjetas de crédito a menos que esos datos sean necesarios para resolver la disputa.

Gracias por reconocer el aviso de nuestras prácticas de privacidad y de tarjeta de crédito.

_____
Iniciales

_____ _____
Firma de Paciente **Fecha**