



*Silhouette  
Spa*

## Exención de Historial Médico Corporal

Antes de llevar a cabo el tratamiento, usted está obligado a completar y firmar este registro de consulta, dando así su consentimiento absoluto para el tratamiento. Además, deberá revelar su historial médico completo, lo que determinará si es un candidato adecuado para el tratamiento propuesto. Si el especialista no cree que usted sea apto para el tratamiento, éste no se llevará a cabo. Su especialista discutirá el procedimiento en su totalidad, incluido lo que implicará, discutirá los beneficios, explicará los riesgos, el proceso de curación y aconsejará sobre cualquier tratamiento adicional si es necesario. Luego se le proporcionará información escrita sobre el cuidado posterior para que la conserve y consulte durante el proceso de curación posterior. Las contra indicaciones se registrarán en este formulario de consulta, que se utilizará como referencia para futuras visitas. Es importante que marque claramente cualquier área de este formulario que desee aclarar o discutir más. En última instancia, es SU responsabilidad asegurarse de comprender completamente el procedimiento y los resultados esperados antes de que comience el tratamiento

A COMPLETAR POR EL CLIENTE:

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AA): \_\_\_\_\_

TELÉFONO MÓVIL: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_

PAQUETE: \_\_\_\_\_

ÁREA DE TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_

PRECIO CONVENIDO: \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

Historia Clínica

Actualmente recibe algún tratamiento medico

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Por qué motivo?

---

---

Enumere todos los medicamentos vitaminas y suplemento

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Cuáles?

---

---

Enumere las alergias

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Cuáles?

---

---

Accutane

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Observaciones

---

---

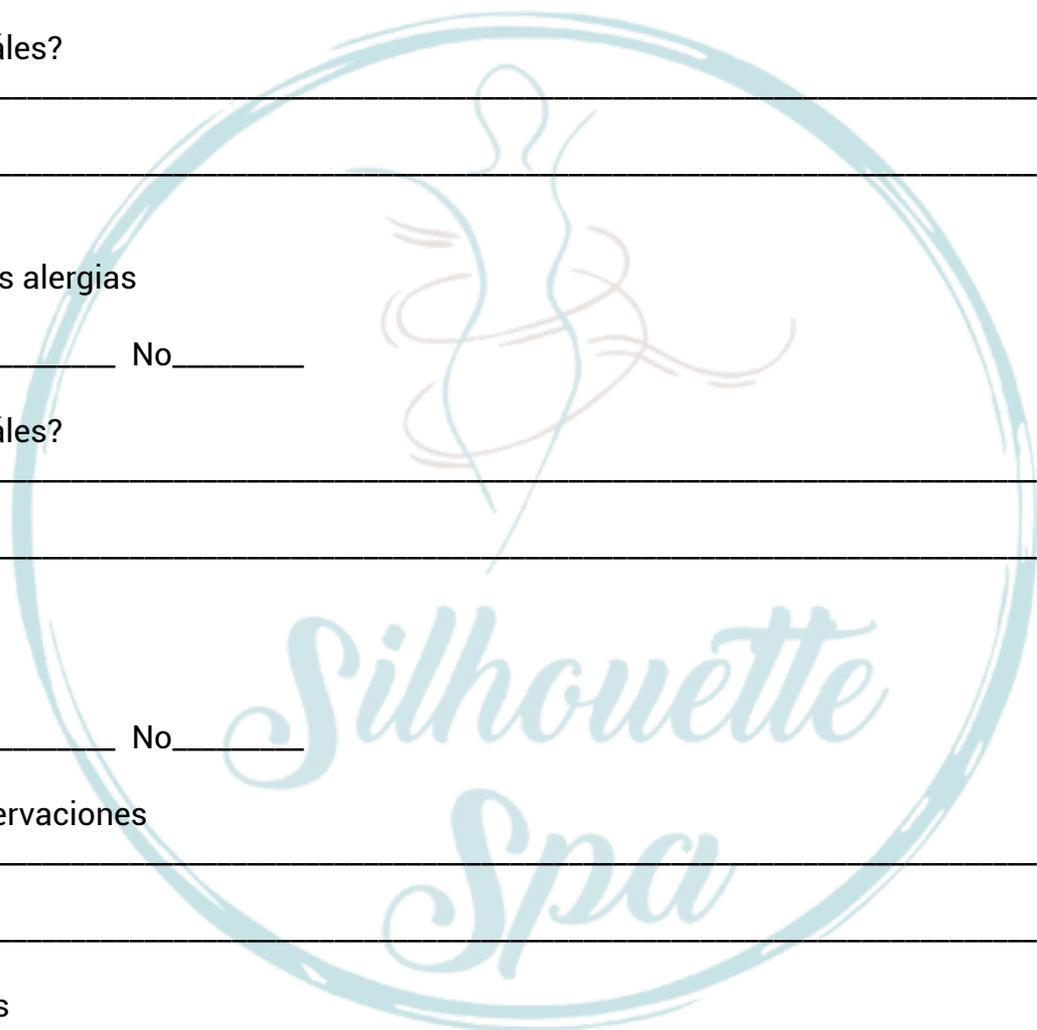
Antibióticos

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Cuáles?

---

---



Píldoras anticonceptivas

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Observaciones

---

---

Hormona

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Observaciones

---

---

Uso de aspirina, ibuprofeno, Renin-A, tretinoína, Metrogel, Metrocream

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Cuáles?

---

---

Ácido glicólico de forma habitual

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Observaciones

---

---

Antidepresivo

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Cuáles?

---

---



Reacciones alérgicas al Sol

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Cuáles?

---

---

Alergias a medicamentos

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Cuáles?

---

---

Alergias a alimentos

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Cuáles?

---

---

Alergia al látex

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Cuáles?

---

---

Alergia a la lidocaina

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Observaciones

---

---

Alergia a la hydrocortisone

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Observaciones

---

---



Alergia a la hidroquinona

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Observaciones

Diabetes

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Observaciones

Historial de consumo de tabaco

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Observaciones

Herpes, ampollas febriles

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Observaciones

Trastornos hemorragicos

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Observaciones

Autoimmune VIH

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Observaciones

Embarazada o planea embarazo \_\_\_\_\_ si \_\_\_\_\_ no

Observaciones \_\_\_\_\_  
19919 TEXAS WOODS CIRCLE.

PHONE: 3214405281



Embarazada o planea embarazo

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Observaciones

---

---

Marcapasos

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Observaciones

---

---

Implantes de cualquier tipo: dentales, mamarios, faciales

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Observaciones

---

---

Migrañas

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Observaciones

---

---

Glaucoma

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Observaciones

---

---

Cancer

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

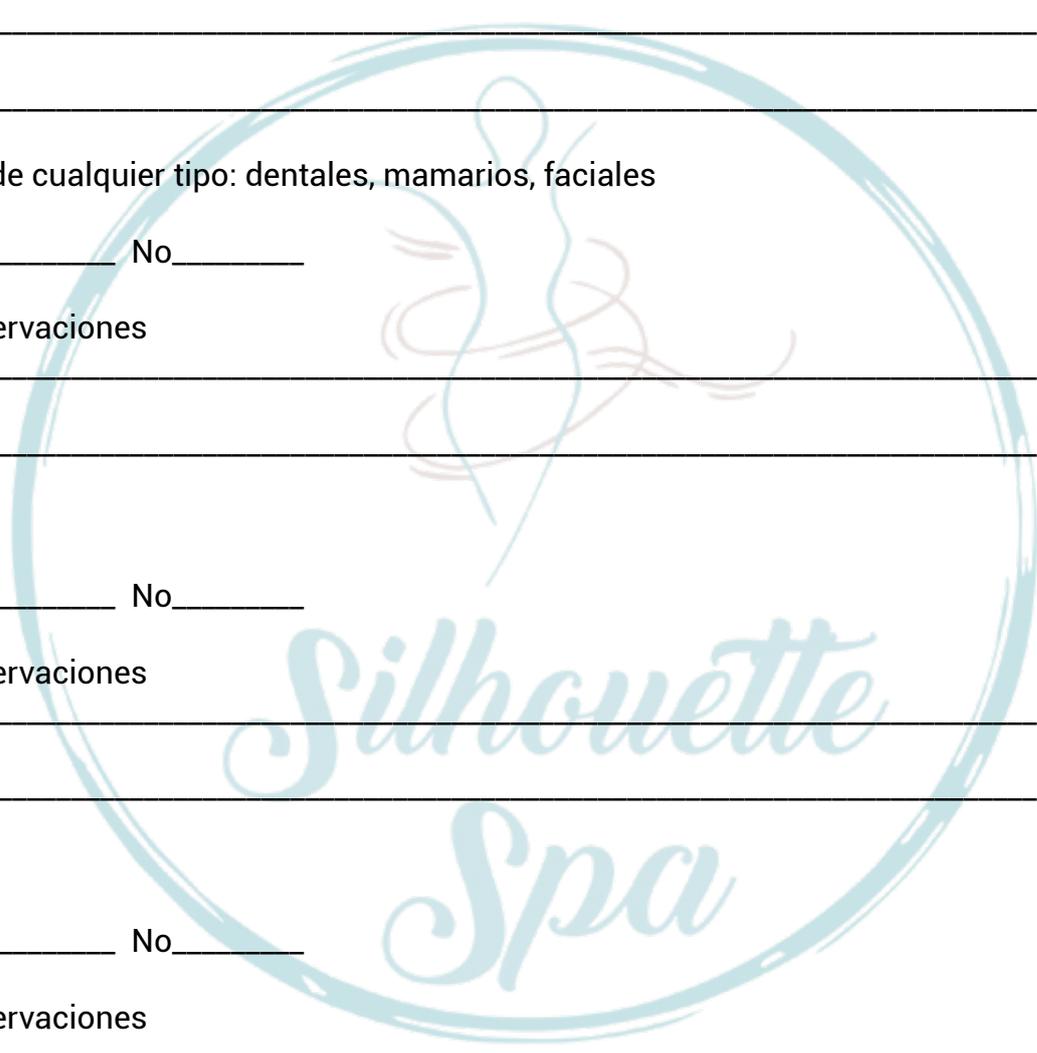
Observaciones

---

---

Artritis si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

Observaciones



Artritis

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Observaciones

---

---

Hepatitis

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Observaciones

---

---

Desequilibrio en la glándula tiroidea

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Observaciones

---

---

Trastornos convulsivos

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Observaciones

---

---

Infección activa

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Observaciones

---

---

Radiación en los últimos tres meses

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Observaciones

---

---



## AFECCIONES DE LA PIEL

Acné

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Observaciones

---

---

Melasma

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Observaciones

---

---

Tatuajes, maquillaje permanente microblading

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Observaciones

---

---

Vitiligo

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Observaciones

---

---

Cicatrices queloides

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Observaciones

---

---

Tratamientos de piel/láser en otro sitio

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Cuanto: \_\_\_\_\_ resultados: \_\_\_\_\_

Botox

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Cuanto: \_\_\_\_\_ resultados: \_\_\_\_\_

Rellenos

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Cuanto: \_\_\_\_\_ resultados: \_\_\_\_\_

Depilación

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Cuanto: \_\_\_\_\_ resultados: \_\_\_\_\_

Exfoliantes químicos

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Cuanto: \_\_\_\_\_ resultados: \_\_\_\_\_

Se expuso al sol o a una cama de bronceado en la ultima semana

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Cuanto: \_\_\_\_\_ resultados: \_\_\_\_\_

Autobronceantes

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Cuanto: \_\_\_\_\_ resultados: \_\_\_\_\_

Enumera los problemas médicos que no figuran en la lista anterior:

---

---

---

## Cuidado de la piel y estilo de vida actuales

¿Cómo se lava el rostro?

Jabón \_\_\_\_\_ Limpiador \_\_\_\_\_

Que marca:

---

Utiliza alguna crema hidratante

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna alimentación especial?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Especifique:

---

Bebes agua a diario

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Cuanta?

---

Bebes café te o refrescos a diario

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Onzas(gramos)

---

¿Realiza actividad física?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Con que frecuencia?

---

¿Le realizaron alguna vez un tratamiento facial?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Cuando fue la ultima vez ?

---

Se realiza tratamientos faciales en el hogar

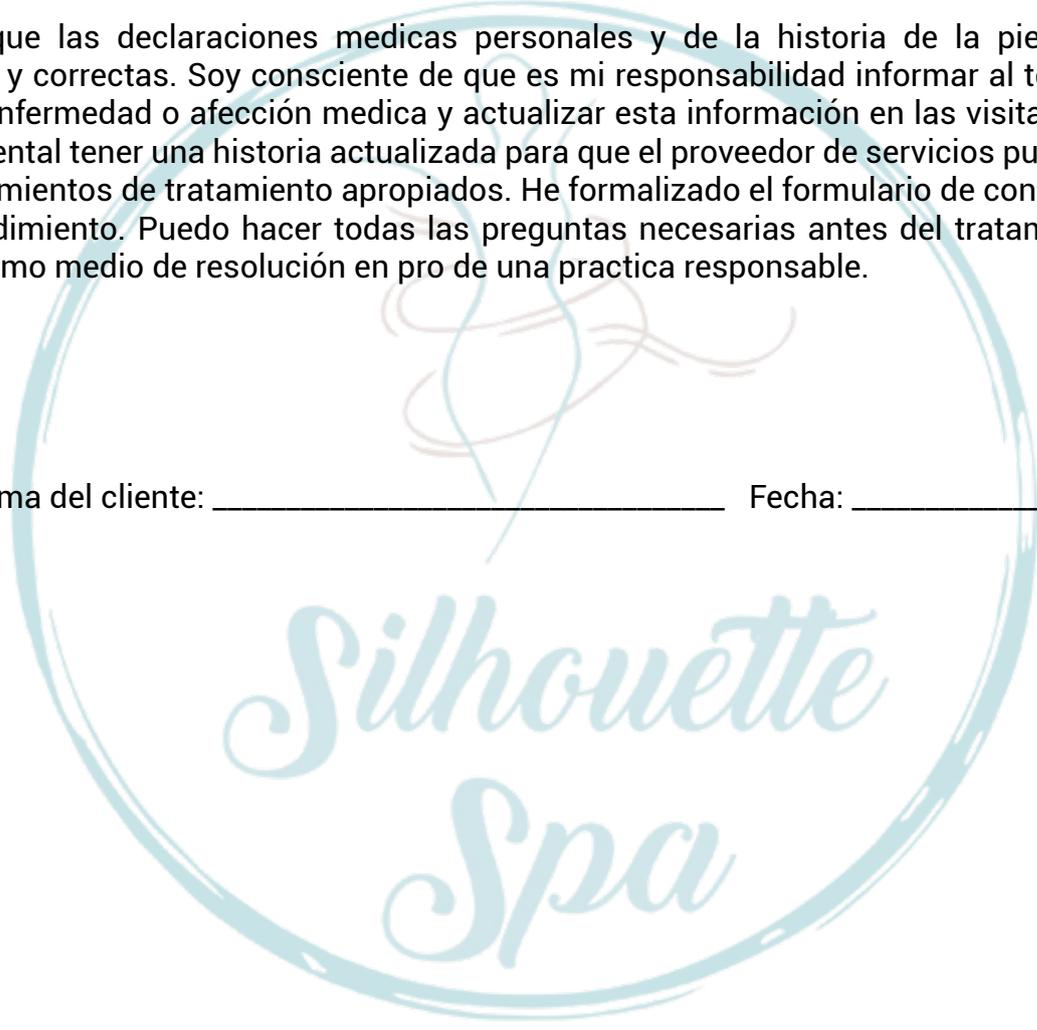
Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Con que frecuencia?

Enumere otros cosméticos y productos para el cuidado de la piel que este utilizando actualmente

Certifico que las declaraciones medicas personales y de la historia de la piel anteriores son verdaderas y correctas. Soy consciente de que es mi responsabilidad informar al técnico acerca de cualquier enfermedad o afección medica y actualizar esta información en las visitas subsiguientes. Es fundamental tener una historia actualizada para que el proveedor de servicios pueda llevar a cabo los procedimientos de tratamiento apropiados. He formalizado el formulario de consentimiento para este procedimiento. Puedo hacer todas las preguntas necesarias antes del tratamiento. Acepto el arbitraje como medio de resolución en pro de una practica responsable.

Firma del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

The logo for Silhouette Spa is a circular emblem with a light blue border. Inside the circle, the words "Silhouette" and "Spa" are written in a light blue, elegant cursive font, stacked vertically. Above the text, there are several overlapping, flowing lines in shades of blue and pink, resembling a signature or decorative flourish.

*Silhouette  
Spa*

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Por la presente acepto y autorizo a SILHOUETTE SPA a que realice los siguientes procedimientos

---

---

Por propia voluntad he decidido someterme a este tratamiento y/o procedimiento luego de que se explicara su naturaleza y propósito además de los riesgos y peligros que pudiera presentar

Aunque resulta imposible mencionar todos los riesgos y complicaciones potenciales, se me informo acerca de los posibles beneficios, riesgos y complicaciones. También reconozco que no hay resultados garantizados y en cada caso los resultados dependen de la edad, la afección de la piel y el estilo de vida, y que existe la posibilidad de que requiera otros a tratamientos en las zonas tratadas para obtener los resultados esperados.

Comprendo la importancia que tiene seguir todas las instrucciones que se me han dado para el cuidado postratamiento. También he proporcionado, a mi leal saber y entender, un recuento preciso de mi historia medica incluidas todas las alergias conocidas, medicamentos o productos que estoy consumiendo o utilizando en la actualidad.

He leído y comprendo en su totalidad este acuerdo y toda la información detallada en el, comprendo el procedimiento y acepto todos los riesgos potenciales. Todas mis dudas fueron evacuadas satisfactoriamente y acepto los términos del presente acuerdo. No hago responsable a SILHOUETTE SPA de ninguna de mis afecciones latentes, pero no expuestas, al momento de la realización de este procedimiento del cuidado de la piel, que se pueden ver afectadas por este tratamiento.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_