



Encuesta confidencial sobre la salud de la piel

Este formulario de información debe ser rellenado antes de cada servicio.

Fecha: _____ Nombre: _____

Apellidos: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Celular: _____ Teléfono Particular: _____

Teléfono Laboral: _____ Ocupación: _____

Dermatólogo/ Medico: _____ Teléfono: _____

Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: _____

Nombre del Esteticista: _____ Artista de Tatuaje: _____

¿Ha tenido usted o alguien cercano fiebre o malestar de fiebre en los últimos 14 días?

Si No De ser así, por favor especifique cuando: _____

¿Ha tenido usted o alguien cercano problemas respiratorios o dificultades al respirar?

Si No De ser así, por favor especifique cuando: _____

¿Ha perdido usted o alguien cercano el sentido del olfato o gusto?

Si No De ser así, por favor especifique cuando: _____

¿Ha estado usted o alguien cercano en contacto con una persona positiva del COVID-19?

Si No De ser así, por favor especifique cuando: _____

¿Es este su primer facial? Si No

¿Cuál es el motivo de su visita? Facial Cuerpo

¿Es su trabajo al aire libre o participa en actividades de más de 30 minutos expuesta al sol? Si No



¿Está realizando algún tratamiento por alguna dolencia de la piel o problema?

Si No De ser así, por favor especifique: _____

¿Está embarazada?

Si No

¿Está tomando anticonceptivos?

Si No De ser así, por favor especifique: _____

¿Está usando o ha usado en algún momento: Acidos, Accutame, Tazarac, Azelex, Differin, Renova or Retin A para tratar acné?

Si No De ser así, por favor especifique con qué frecuencia y la última vez que lo tomó:

¿Tiene acné?

Si No

¿Suele tener manchas en la piel?

Si No

¿Es alérgica a algún cosmético, comida o medicamento?

Si No De ser así, por favor especifique: _____

¿Está tomando algún medicamento de forma oral o tópica?

Si No De ser así, por favor especifique: _____

¿Usa lentes de contacto?

Si No

¿Usted Fuma?

Si No

¿Padece de estrés?

Si No

¿Está realizando algún tratamiento de sustitución hormonal?

Si No

¿Ha tenido cáncer de piel?

Si No

¿Último día en el que se hizo algún tipo de rellenos en su piel (Botox, Restylane..)?

¿Último día que se hizo algún tratamiento laser?

¿Qué productos utiliza actualmente? ¿Leche de limpieza, tonificante, exfoliante de granos, máscaras, cremas o pantalla de protección solar?

¿Última vez que estuvo al sol o tomó el sol durante más de 30 minutos?



¿Último día que se hizo Botox?

Por favor marque si tiene de alguno de los siguientes:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Eccema | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Histerectomía |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza crónico | <input type="checkbox"/> Problemas urinarios | <input type="checkbox"/> Implantes de metal |
| <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> Lupus | <input type="checkbox"/> Problemas nasales |
| <input type="checkbox"/> Ampollas febriles | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Trastornos Inmunes |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos |

Otras enfermedades de la piel: _____

Explique cualquier problema anterior o mencione otros de importancia: _____

Entiendo que los servicios ofrecidos no sustituyen ningún tratamiento médico y que toda la información proporcionada por el terapeuta es solo con fines informativos y no se considera prescriptivamente de naturaleza diagnóstica. Entiendo que el propósito de la información aquí es ayudar al terapeuta en proporcionar un mejor servicio y es confidencial.

Pólizas del Salón

Antes de la prescripción inicial de los productos se requiere una consulta profesional. Nuestra tarifa de descuento activo es válida solo para los clientes que asistan al salón cada cuatro semanas. No hacemos reembolsos en efectivo. Para cancelar un servicio, se requiere una notificación previa de 48 horas.

Firma del cliente:

Fecha:

Nombre del padre: