



## Historial Médico Estético

Dr. Ernesto Padron

Nombre:

Fecha de Nacimiento:

**POR FAVOR COMPLETE LO SIGUIENTE (ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL):**

**Reacción Alérgicas (alimentos, medicamentos, picadura abejas, etc) : \_Sí\_ No**

Por favor, liste:

**¿Cómo calificaría su salud en general?** Excelente Bueno Regular Malo

**¿Le importaría que nuestra oficina contactara a su médico de cabecera en caso de que surja algún problema médico?**

**Por favor, enumere TODOS los medicamentos que toma** (incluyendo medicamentos de venta libre/vitaminas que toma actualmente a diario o según sea necesario):

**Cirugías o hospitalizaciones previas.** \_ Si \_ No Cuando?

**Tratamiento Dental reciente o próximo** \_ Si \_ No

**Trauma de la cara** \_ Si \_ No

**Vacunas o inmunizaciones reciente** \_ Si \_ No

**Indique si ha tenido alguno de los siguientes problemas médicos y cuándo:**

**¿Ha recibido anestesia local (Novocaína o Xilocaína) por un dentista o médico?** Sí No

**¿Alguna vez ha recibido anestesia general?** \_Sí\_ \_No

**¿Ha tenido alguna reacción adversa a la anestesia local o general?** \_Sí\_ \_No

**¿Toma anticoagulantes?** \_Sí\_ \_No

**¿Hace ejercicio regularmente?** \_Sí\_ \_No

**¿Forma Queloides en las cicatrices?** \_Sí\_ \_No

**Tiene o padece enfermedades de la piel (Acné, Rosácea, Dermatitis)?** \_ Si \_ No

**Padece problemas pigmentación de la piel?** \_ Si \_ No

**¿Ha tenido alguna de las siguientes condiciones?**

Elevada presión arterial	Si	No	Miastenia / otra condición nerviosa	Si	No
Problemas del corazón	Si	No	Cicatrización excesiva	Si	No
Electrocardiograma Anormal	Si	No	Tuberculosis		
Problemas hígado o vesícula	Si	No	Problemas del Tiroides	Si	No
Enfermedad de Riñones	Si	No	Coágulos piernas o pulmones	Si	No
Diabetes	Si	No	Inflamación de las piernas	Si	No
Sangra con facilidad	Si	No	Glaucoma o cataratas	Si	No
Parte del cuerpo dormida o paralizada	Si	No	Ojos secos	Si	No
Problemas Psiquiátricos	Si	No	Herpes genital o labial	Si	No
Epilepsia o convulsiones	Si	No	Perdida o ganancia de más de 5 libras peso en los últimos 3 meses	Si	No
Fracturas cara, mandíbula, cuello, espalda	Si	No	Alguna otra enfermedad:	Si	No
Asma u otros problemas respiratorios	Si	No	Cual?		



## Historial Médico Estético

(Continuación pág. 2)

Nombre:

Fecha de Nacimiento:

**¿Actualmente está embarazada o amamantando?**  Sí  No

**Fecha de ultima Menstruación:**

**¿Fuma?**  Sí  No Si es así, ¿cuántos por día?

**¿Consume alcohol?**  Sí  No Si es así, ¿con qué frecuencia?

**Usa lente de Contacto?**  Si  No

**Alguna infección o enfermedad contagiosa?**  Si  No

**Diga previos o actuales productos que usa para cuidados de la piel:**

**Alguna vez ha tenido tratamiento con BOTOX, Fillers, Chemical Peel, Microderm abrasión o Cirugía Facial?**  Si  NO

**Si Afirmativo, Ha tenido algún problema?**

**\*\*TODA ESTA INFORMACION ES ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL\*\***

**¿Da su consentimiento para que se realicen tratamientos estéticos hoy?**

Sí  No

**Firma:**

**Fecha:**