



EVALUACIÓN CUTÁNEA CUIDADO FACIAL

PRIMERA PÁGINA

INFORMACIÓN GENERAL.

Nombre y Apellidos:

Fecha de nacimiento:

Correo electrónico:

Teléfono:

EVALUACIÓN CUTÁNEA

¿Cómo caracterizarías tu tipo de piel?

Tipo de piel Normal Grasa Seca Sensible Combinada

EXPOSICIÓN SOLAR

¿Con qué regularidad te expones al sol?

Raramente Ocasionalmente Con frecuencia Diariamente

¿Aplicas protector solar con regularidad? Sí No

RUTINA DE CUIDADO CUTÁNEO

¿Cuál es tu rutina actual de cuidado de la piel? (Por favor enumera los productos utilizados) Limpiador

..... Tónico

Suero Hidratante

Protector solar Otro.....

¿Con qué regularidad te exfolias?

¿Utilizas algún tratamiento para el acné?

Sí / No

En caso afirmativo, especifica:

¿Utiliza retinol u otro producto recetado para el cuidado de la piel?

SÍ / NO

En caso afirmativo, especifique:

PREOCUPACIONES CUTÁNEAS

¿Cuáles son sus principales preocupaciones cutáneas? (Por favor marque todas las que correspondan):

- | | | |
|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Acné | <input type="checkbox"/> Hiperpigmentación | <input type="checkbox"/> Sensibilidad |
| <input type="checkbox"/> Puntosnegros/espinillas | <input type="checkbox"/> Enrojecimiento/Rosácea | <input type="checkbox"/> Ojeras |
| <input type="checkbox"/> Poros dilatados | <input type="checkbox"/> Sequedad/Deshidratación | <input type="checkbox"/> Flacidez |
| <input type="checkbox"/> Líneas | <input type="checkbox"/> Grasa | <input type="checkbox"/> Piel Opaca |
| <input type="checkbox"/> finas/arrugas | | |
| Otros | | |

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

OBJETIVOS Y EXPECTATIVAS

¿Has recibido algún tratamiento facial anteriormente?

Sí

No

En caso afirmativo, por favor especifique:

¿Ha experimentado alguna reacción adversa a los productos o tratamientos para el cuidado de la piel?

Sí

No

En caso afirmativo, por favor especifique:

¿Cuáles son tus metas para tu piel?

¿Existe algún tratamiento específico que le llame la atención?

¿Hay algún evento próximo u ocasión especial?

Sí

No

En caso afirmativo, por favor especifique:

Prosigue en la página siguiente.



doctoriglesiasmiamilakes@gmail.com



305-381-5301



@LysetteIglesiasMD



EVALUACIÓN CUTÁNEA CUIDADO FACIAL

PÁGINA DOS

INFORMACIÓN GENERAL.

Nombre y Apellido:

Fecha de nacimiento:

Género:

Dirección:

Ciudad:

Código postal

Estado

Correo electrónico

Teléfono.

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre

Teléfono.

¿Cómo nos descubrió?

Comprendo que los datos suministrados en este formulario de admisión serán utilizados para evaluar mi aptitud para el tratamiento facial y proporcionar la atención necesaria. Atestiguo que toda la información proporcionada es precisa y completa según mi leal saber y entender.

Otorgo mi consentimiento para el tratamiento facial y estoy de acuerdo en seguir las recomendaciones brindadas por el profesional del cuidado de la piel. Comprendo que los resultados pueden variar y que hay riesgos y efectos secundarios potenciales relacionados con el tratamiento.

CLIENTE - IMPRESO

FIRMA DEL CLIENTE

FECHA



doctoriglesiasmiamilakes@gmail.com



305-381-5301



@LysetteIglesiasMD



S O L I C I T U D D E I N G R E S O C U I D A D O F A C I A L

PRIMERA PÁGINA

EXPEDIENTE MÉDICO

¿Recibes actualmente tratamiento dermatológico? En caso afirmativo, especifica: Sí / No

¿Presenta alguna alergia conocida? En caso afirmativo, especifique: Sí / No

¿Está actualmente bajo algún tratamiento medico? En caso afirmativo, especifique: Sí / No

¿Tiene algún implante metalico incluyendo aparatos dentales? Sí / No
En caso afirmativo, especifique:

¿Es usted fumador? Sí / No ¿Bebe alcohol? Sí / No

¿Cuántas horas duermes en promedio? ¿Cuánta agua consumes a diario?

Por favor, verifique si tiene o ha tenido alguna de las siguientes afecciones médicas:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Trastornos de la coagulación | <input type="checkbox"/> Herpes recurrente |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatía | <input type="checkbox"/> Trastornos tiroideos | <input type="checkbox"/> Herpes simple virus |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Trastornos neuromusculares | <input type="checkbox"/> Cáncer (Especificación)
..... |
| <input type="checkbox"/> Ataque | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Otras afecciones médicas
..... |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Hepatitis | ..... |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | ..... |
| <input type="checkbox"/> Trastornos autoinmunes | <input type="checkbox"/> Cicatrices hipertróficas | ..... |

Por favor, verifique si tiene alergia a alguno de los siguientes:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fragancias | <input type="checkbox"/> Productos de cuidado de la piel (especificar tipo): | <input type="checkbox"/> Otra especificación):
..... |
| <input type="checkbox"/> Aceites esenciales | ..... | ..... |
| <input type="checkbox"/> Látex | ..... | ..... |
| <input type="checkbox"/> Cintas adhesivas | ..... | ..... |
| <input type="checkbox"/> Metales (Especificación): ..... | ..... | ..... |
..... | | |

CLIENTE - IMPRESO

FIRMA DEL CLIENTE

FECHA

Prosigue en la página siguiente.



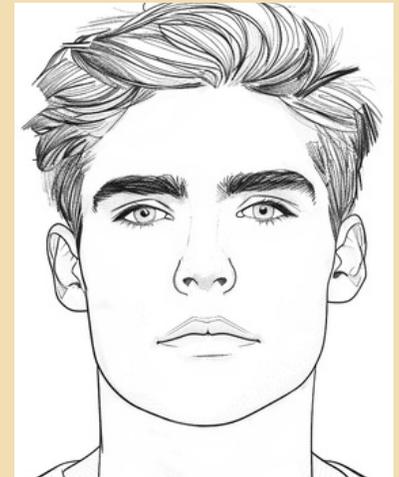
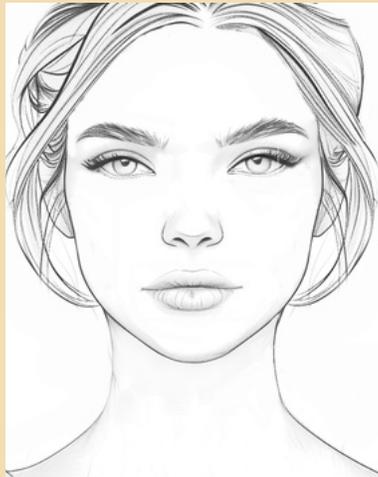


S O L I C I T U D D E I N G R E S O C U I D A D O F A C I A L

P Á G I N A D O S

ÚLTIMO PROCEDIMIENTO DE BOTOX Y RELLENO.

¿Has recibido tratamientos de Botox y/o rellenos en los últimos 6 meses? En caso afirmativo, por favor brinda información sobre el tratamiento más reciente, incluyendo las zonas tratadas y los productos utilizados (si los conoces):



MARCAR CON UNA X ZONAS TRATADAS

Comprendo que los datos suministrados en este formulario de admisión serán utilizados para evaluar mi aptitud para el tratamiento facial y proporcionar la atención necesaria. Atestiguo que toda la información proporcionada es precisa y completa según mi leal saber y entender.

Otorgo mi consentimiento para el tratamiento facial y estoy de acuerdo en seguir las recomendaciones brindadas por el profesional del cuidado de la piel. Comprendo que los resultados pueden variar y que hay riesgos y efectos secundarios potenciales relacionados con el tratamiento.

C O N S E N T I M I E N T O Y C O N V E N I O

Otorgo mi consentimiento para la captura de imágenes de mi rostro con fines personales. Dichas imágenes serán empleadas exclusivamente para documentar la evolución de mi tratamiento y para comparativas de antes y después. Comprendo que se mantendrán en confidencialidad y no se divulgarán ni se emplearán para ningún otro fin sin mi aprobación explícita.

He leído y comprendo la información proporcionada en este formulario de consentimiento. He tenido la oportunidad de formular preguntas y he obtenido respuestas satisfactorias. Otorgo mi consentimiento para recibir el tratamiento con Botox con pleno conocimiento de los posibles riesgos, complicaciones y efectos secundarios.

.....
CLIENTE - IMPRESO

.....
FIRMA DEL CLIENTE

.....
FECHA



doctoriglesiasmiamilakes@gmail.com



305-381-5301



@LysetteIglesiasMD



C O N S E N T I M I E N T O F O R M U L A R I O T R A T A M I E N T O F A C I A L

Yo, _____, otorgo mi consentimiento para el tratamiento facial en Lysette Iglesias MD, Comprendo que los tratamientos faciales son procedimientos cosméticos destinados a limpiar, exfoliar y revitalizar la piel para mejorar su aspecto y salud en general.

Detalles del procedimiento: El objetivo del tratamiento facial es purificar, exfoliar, hidratar y alimentar la piel, abordando problemas específicos como acné, puntos negros, sequedad, signos de envejecimiento o tono desigual de la piel. El procedimiento puede implicar diversas técnicas como limpieza, vaporización, extracción, exfoliación, masaje, aplicación de mascarillas e hidratación, adaptadas a mi tipo de piel y mis preocupaciones, ya sea realizadas manualmente o con dispositivos faciales especializados.

Se espera que los resultados del tratamiento facial varíen según factores individuales como el tipo de piel, condición y hábitos de estilo de vida. Los efectos inmediatos pueden abarcar una mejor textura de la piel, hidratación y una apariencia renovada. Alcanzar resultados óptimos generalmente implica múltiples sesiones y tratamientos de mantenimiento continuo.

Posibles efectos secundarios y riesgos: Se reconoce que los tratamientos faciales pueden causar efectos secundarios temporales como enrojecimiento, hinchazón o irritación, así como sensibilidad o reacciones alérgicas a los productos utilizados. Tras la extracción, pueden ocurrir purgas o erupciones en la piel y, aunque poco comunes, es factible que se presenten reacciones adversas graves.

Confirmando que no estoy embarazada ni amamantando en este momento. Soy consciente de que algunos tratamientos faciales pueden no ser aconsejables durante el embarazo o la lactancia, y he informado a mi proveedor de tratamientos faciales sobre mi situación actual. Al reconocer esto, asumo la responsabilidad de revelar estas condiciones para garantizar la seguridad y adecuación del tratamiento facial proporcionado.

Atención post-tratamiento: Acepto cumplir con las instrucciones de atención post-tratamiento proporcionadas por el proveedor, una vez que me han explicado detalladamente y me comprometo a seguirlas diligentemente.

C O N S E N T I M I E N T O Y C O N V E N I O

Otorgo mi consentimiento para la captura de imágenes de mi rostro con fines personales. Dichas imágenes serán empleadas exclusivamente para documentar la evolución de mi tratamiento y para comparativas de antes y después. Comprendo que se mantendrán en confidencialidad y no se divulgarán ni se emplearán para ningún otro fin sin mi aprobación explícita.

He leído y comprendo la información proporcionada en este formulario de consentimiento. He tenido la oportunidad de formular preguntas y he obtenido respuestas satisfactorias. Otorgo mi consentimiento para recibir el tratamiento con Botox con pleno conocimiento de los posibles riesgos, complicaciones y efectos secundarios.

.....
CLIENTE - IMPRESO

.....
FIRMA DEL CLIENTE

.....
FECHA



doctoriglesiasmiamilakes@gmail.com



305-381-5301



@LysetteIglesiasMD



F A C I A L

ACTIVIDADES A REALIZAR

- Siga el régimen de cuidado de la piel posfacial recomendado por su esteticista para mantener los resultados.
- Aplique protector solar al salir para proteger su piel de los dañinos rayos ultravioleta.
- Sea gentil con su piel y evite frotarla o hacer fricción con fuerza.
- Hidrátela con un humectante suave no comedogénico para mantener la piel tersa e hidratada.

ABSTENERSE

- Evite la exposición solar, ya que su piel puede volverse más sensible tras un tratamiento facial.
- Evite el uso de productos para el cuidado de la piel pesados o irritantes inmediatamente después de un tratamiento facial.
- Evite el contacto o manipulación facial para prevenir irritación o infección.
- Evite la tentación de exfoliar en exceso o usar exfoliantes fuertes, ya que esto puede irritar la piel recién tratada.
- Evite el ejercicio intenso o actividades que puedan provocar sudoración excesiva.
- Evite el maquillaje después del tratamiento facial para permitir que su piel se recupere.
- Evite los tratamientos faciales con láser y las inyecciones cosméticas después del tratamiento facial hasta que su piel esté completamente curada.





P O L Í T I C A D E C A N C E L A C I Ó N

Con el fin de asegurar la provisión de atención de alta calidad en un tiempo razonable, se ha establecido una política de citas y cancelaciones. Dado que las citas son muy solicitadas, cancelar con antelación nos permite asignar el horario a otros clientes que necesiten atención inmediata. Esta normativa contribuye a mejorar la disponibilidad de citas para todos nuestros clientes. Durante la reserva de la cita, se le solicitará realizar un depósito de __\$25.00__, que se utilizará como crédito para sus tratamientos programados. Comprendemos que pueden surgir situaciones que requieran que cancele o re programe su cita. Para evitar problemas, le pedimos que nos avise con al menos 24 horas de anticipación. En estos casos, su depósito será reembolsado o se aplicará a una cita posterior. No obstante, si avisa con menos de 24 horas de antelación, se aplicará una tarifa de cancelación de __\$25.00__. Por favor, tenga en cuenta que si llega más de _15_ minutos tarde a su cita, se considerará que no se presentó y se aplicará el cargo de cancelación. Estamos disponibles para responder cualquier pregunta o duda que pueda surgir en relación con nuestra política de cancelación.

Para establecer contacto, emplee nuestro correo electrónico indicado a continuación, evite dejar mensaje en la grabadora, pues en el volumen de las llamadas, no será escuchado.

He leído y comprendo plenamente la Política de cancelación de citas anterior y acepto someterme a sus términos. Acepto abonar la tarifa de cancelación si pierdo una cita.

.....
CLIENTE - IMPRESO

.....
FIRMA DEL CLIENTE

.....
FECHA



doctoriglesiasmiamilakes@gmail.com



305-381-5301



@LysetteIglesiasMD



LIBERACIÓN

FOTOGRAFÍA Y VÍDEO

Por la presente, yo, _____, concedo y autorizo a Lysette Iglesias MD.

Se otorga el derecho de capturar, modificar, editar, reproducir, exhibir, publicar, distribuir y utilizar cualquier fotografía, video y/o grabación de audio que se haya tomado con fines promocionales legales. Estos materiales pueden incluir, entre otros, periódicos, folletos, carteles, anuncios, kits de prensa, sitios web, plataformas de redes sociales y otras formas de comunicación impresa y digital. Esta autorización se otorga sin esperar ningún pago u otra forma de contraprestación.

Esta autorización es válida indefinidamente y abarca todos los idiomas, medios, formatos y mercados, ya sean conocidos actualmente o descubiertos en el futuro.

Renuncio voluntariamente a cualquier derecho a regalías u otras compensaciones que surjan o estén relacionadas con el uso de estas fotografías o grabaciones.

Reconozco y acepto que los materiales producidos en virtud de este acuerdo serán propiedad de Lysette Iglesias MD y no me serán devueltos.

Por la presente eximo y libero a Lysette Iglesias MD de toda responsabilidad, reclamo o acción legal que pueda surgir, incluidos los realizados por mí, mis herederos, representantes, albaceas, administradores o cualquier otra persona que actúe en mi nombre o en nombre de mi patrimonio.

Al suscribir a continuación, certifico haber leído y comprendido minuciosamente la totalidad del acuerdo de exención mencionado previamente.

Al firmar a continuación, reconozco haber leído y comprendido plenamente el acuerdo de liberación anterior.

.....
CLIENTE - IMPRESO

.....
FIRMA DEL CLIENTE

.....
FECHA

.....
PROGENITOR/TUTOR LEGAL (SI
APLICA)

.....
FIRMA DEL PADRE/TUTOR LEGAL

.....
FECHA

.....
NOMBRE DEL Testigo

.....
Firma del testigo

.....
FECHA



doctoriglesiasmiamilakes@gmail.com



305-381-5301



@LysetteIglesiasMD