



### Patient Intake Form

#### Datos demográficos

Primer nombre: \_\_\_\_\_

Segundo nombre: \_\_\_\_\_

Apellido(s): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): \_\_\_\_\_

Idioma preferido: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Sexo asignado al nacer:  Masculino  Femenino  Otro

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de nosotros? \_\_\_\_\_

#### Motivo de la visita y objetivos estéticos

Por favor, indique cualquier pregunta o inquietud que tenga sobre su piel/cuerpo y/o el motivo de su visita:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tratamientos estéticos previos (tipo/fecha/proveedor):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Alguna complicación previa?  No  Sí (explique):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### Historial médico

¿Ha estado usted bajo el cuidado de un médico, dermatólogo u otro clínico en el año pasado?  No  Sí (especifique el proveedor y el motivo):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes condiciones? (marque todas las opciones que correspondan):

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes  | <input type="checkbox"/> Convulsiones/epilepsia                               |
| <input type="checkbox"/> Desequilibrio hormonal                                  | <input type="checkbox"/> Mala circulación                                     |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta/baja                              | <input type="checkbox"/> Insomnio   |
| <input type="checkbox"/> Histerectomía   | <input type="checkbox"/> Trastorno de la tiroides                             |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad/problema cardíaco                            | <input type="checkbox"/> Cáncer (tipo/fecha): _____                           |
| <input type="checkbox"/> Lesión medular  | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA   |
| <input type="checkbox"/> Trastorno autoinmune (lupus, artritis reumatoide, etc.) | <input type="checkbox"/> Hepatitis  |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de sangrado/coagulación                       | <input type="checkbox"/> Trastornos de la piel (eccema, psoriasis, etc.)      |
| <input type="checkbox"/> Venas varicosas   | <input type="checkbox"/> Antecedentes de cicatrices queloides o hipertróficas |
| <input type="checkbox"/> Artritis  | <input type="checkbox"/> Herpes simple (herpes labial)                        |
| <input type="checkbox"/> Asma  | <input type="checkbox"/> Otro: _____  |
| <input type="checkbox"/> Migrañas  |   |
| <input type="checkbox"/> Trastorno neurológico (p. ej., miastenia gravis)        |   |

Cirugías (incluidas la cirugía estética y plástica):

---



---

¿Alguna vez has experimentado claustrofobia?  No  Sí

### Medicamentos y alergias

**Lista de medicamentos actuales** (Por favor, enumere todos los medicamentos recetados, medicamentos de venta libre y suplementos que esté tomando actualmente).

Nombre del medicamento (especifique la forma farmacéutica: comprimido, cápsula, polvo, etc.)	Dosificación	Ruta	Frecuencia	Médico prescriptor, si lo hubiera

*Las opciones de ruta incluyen: oral, que es cuando una persona ingiere un medicamento / intraocular, o en el ojo / intraótico, o en el oído / nasal, o a través de la nariz / sublingual, o debajo de la lengua / bucal, entre las encías y la mejilla / inhalación o nebulización, o inhalado a través del sistema respiratorio / enteral, que es cuando una persona recibe el medicamento directamente en su tracto digestivo / rectal, o a través del recto / vaginal, o a través de la vagina / transdérmica, o a través de la piel / subcutánea, o debajo de la piel / intramuscular, o mediante una inyección en un músculo / intravenosa, o en una vena / intraarterial, o en una arteria / intraósea, o en la médula ósea*

¿Está tomando algún anticoagulante/antiinflamatorio no esteroideo (AINE)?  No  Sí

¿Ha experimentado alguna vez una reacción alérgica a alguno de los siguientes? (marque todas las opciones que correspondan):

- Lidocaína/anestésicos tópicos
- Látex
- Antibióticos
- Toxina botulínica
- Rellenos de ácido hialurónico
- Cosméticos
- Protectores solares
- Yodo
- AHAs
- Fragancia
- Mariscos
- Comida (especificar): \_\_\_\_\_
- Otro: \_\_\_\_\_

Detalles de la reacción:

---



---

### Factores sociales y de estilo de vida

- ¿Fumas o vapeas?  No  Sí
- ¿Consume alcohol?  No  Sí
- ¿Sigues una dieta restrictiva?  No  Sí
- ¿Haces ejercicio con regularidad?  No  Sí



**Patient Intake Form**

¿Cuál es tu nivel de estrés?  Alto  Medio  Bajo

¿Usas lentes de contacto?  No  Sí

¿Has estado expuesto al sol o a una cama de bronceado en las últimas 48 horas?  No  Sí

**Perfil de piel y estética**

Tipo de piel:  Seca  Grasa  Mixta  Normal

Tipo Fitzpatrick:  I (Puntuación total: 0-7)  II (Puntuación total: 8-16)  III (Puntuación total: 17-25)  IV (Puntuación total: 25-30)  V-VI (Puntuación total: >30)

*(Por favor, utilice el siguiente cuestionario para responder a su tipo Fitzpatrick)*

Puntaje	0	1	2	3	4
¿De qué color son tus ojos?	Azul claro, Gris, verde <input type="checkbox"/>	Azul, Gris o Verde <input type="checkbox"/>	Azul <input type="checkbox"/>	Marrón oscuro <input type="checkbox"/>	Negro parduzco <input type="checkbox"/>
¿Cuál es el color natural de tu cabello?	Rojo arena <input type="checkbox"/>	Rubio <input type="checkbox"/>	Castaño/Oscuro Rubio <input type="checkbox"/>	Marrón oscuro <input type="checkbox"/>	Negro <input type="checkbox"/>
¿De qué color es tu piel (en las zonas no expuestas)?	Rojizo <input type="checkbox"/>	Muy pálido <input type="checkbox"/>	Pálido con tinte beige <input type="checkbox"/>	Marrón claro <input type="checkbox"/>	Marrón oscuro <input type="checkbox"/>
¿Tienes pecas en zonas no expuestas?	Muchos <input type="checkbox"/>	Varios <input type="checkbox"/>	Pocos <input type="checkbox"/>	Incidental <input type="checkbox"/>	Marrón oscuro <input type="checkbox"/>
¿Qué ocurre si te quedas demasiado tiempo al sol?	Doloroso enrojecimiento, abrasador, peladura <input type="checkbox"/>	Abrasador seguido de peladura <input type="checkbox"/>	Quemaduras a veces seguido de peladura <input type="checkbox"/>	Quemaduras raras <input type="checkbox"/>	Nunca había tenido quemaduras <input type="checkbox"/>
¿Hasta qué punto te bronceas?	Casi nunca o nada en absoluto <input type="checkbox"/>	Bronceado de color claro <input type="checkbox"/>	Bronceado razonable <input type="checkbox"/>	Bronceado muy fácil <input type="checkbox"/>	Oscurecer marrón rápidamente <input type="checkbox"/>
¿Te bronceas a las pocas horas de exponerte al sol?	Nunca <input type="checkbox"/>	Rara vez <input type="checkbox"/>	A veces <input type="checkbox"/>	A menudo <input type="checkbox"/>	Siempre <input type="checkbox"/>
¿Cómo reacciona tu rostro al sol?	Delicado <input type="checkbox"/>	Sensible <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Muy resistente <input type="checkbox"/>	Nunca he tenido una problema <input type="checkbox"/>
¿Cuándo fue la última vez que expusiste tu cuerpo al sol (o a una lámpara solar artificial/crema bronceadora)?	Más de 3 Hace meses <input type="checkbox"/>	Hace 2-3 meses <input type="checkbox"/>	Hace 1-2 meses <input type="checkbox"/>	Menos de un hace un mes <input type="checkbox"/>	Menos de 2 Hace semanas <input type="checkbox"/>
¿Expusiste al sol la zona que se iba a tratar?	Nunca <input type="checkbox"/>	Casi nunca <input type="checkbox"/>	A veces <input type="checkbox"/>	A menudo <input type="checkbox"/>	Siempre <input type="checkbox"/>

¿Qué productos cosméticos y para el cuidado de la piel utiliza actualmente? (retinoides, ácidos, etc.):

---

**SOLO PACIENTES FEMENINAS**

¿Está tomando terapia hormonal/anticonceptivos?  No  Sí

¿Estás embarazada o intentando quedarte embarazada?  No  Sí

¿Estás dando el pecho?  No  Sí



## Patient Intake Form

¿Cuál es la fecha de tu último ciclo menstrual? \_\_\_\_\_

¿Estás experimentando algún problema relacionado con la menopausia?  No  Sí

### Evaluación de contraindicaciones

¿Utiliza o ha utilizado alguna vez ácido adapaleno hidroxiácido, ácido glicólico, AHA, Accutane, Retin-A, Renova, Deferin, ácido salicílico o cualquier producto derivado de vitamina A (Accutane)  No  Sí (en caso afirmativo, explique qué producto y hace cuánto tiempo)

¿Actualmente tienes:

- Infección activa
- Heridas abiertas
- Erupción en la zona de tratamiento

### Consentimiento para fotos y medios

Doy mi consentimiento para que las fotos se utilicen con fines laborales.  No  Sí

Doy mi consentimiento para que las fotos se utilicen con fines publicitarios.  No  Sí

Me gustaría recibir promociones y comunicaciones por correo electrónico.  No  Sí

### Consentimiento informado general / Declaración del paciente y exención de responsabilidad

Entiendo que he leído, cumplimentado y facilitado la información contenida en esta documentación de admisión de forma veraz y según mi leal saber y entender, y que esto constituye una revelación completa y exhaustiva de mi historial médico. Reconozco que esta declaración escrita sustituye a cualquier comunicación verbal o escrita anterior. Entiendo que ocultar información o facilitar datos inexactos o incompletos puede dar lugar a contraindicaciones, reacciones adversas o complicaciones derivadas de los tratamientos recibidos. Acepto la plena responsabilidad de informar al proveedor y al personal clínico sobre cualquier cambio en mi historial médico, medicación o estado de salud.

Reconozco que todos los procedimientos realizados son tratamientos médicos llevados a cabo bajo la dirección y supervisión médicas adecuadas, de conformidad con las leyes y reglamentos aplicables en el estado de Florida. Entiendo que los tratamientos estéticos son de naturaleza electiva, y consiento voluntariamente someterme a dichos tratamientos.

Entiendo que, si bien los tratamientos se recomiendan para lograr resultados estéticos óptimos, estos varían de un paciente a otro, y no se han ofrecido garantías, ni expresas ni implícitas, respecto a los resultados que pueda obtener. Reconozco que la medicina estética no es una ciencia exacta y que los resultados pueden variar en función de factores individuales.

Entiendo, además, que todos los procedimientos médicos y estéticos conllevan riesgos inherentes. Estos riesgos pueden incluir, entre otros, hematomas temporales o permanentes, hinchazón, enrojecimiento, dolor, sensibilidad, infección, reacciones alérgicas, hiperpigmentación o hipopigmentación, cicatrices, retraso en la cicatrización y asimetría o resultados estéticos insatisfactorios. Asimismo, entiendo que pueden producirse complicaciones más graves, aunque poco frecuentes, especialmente con tratamientos inyectables y basados en energía, incluyendo, entre otros, oclusión vascular, necrosis tisular, lesión nerviosa y deterioro de la visión, incluida la ceguera.

Confirmando que he tenido la oportunidad de formular preguntas sobre la naturaleza, el propósito, los riesgos, los beneficios y las alternativas a los tratamientos propuestos, y que todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. Entiendo que tengo derecho a rechazar cualquier tratamiento en cualquier momento.

Al firmar a continuación, doy mi consentimiento voluntario para el tratamiento y reconozco que asumo la responsabilidad de cualquier riesgo, conocido o desconocido, asociado a los procedimientos. En la medida en que lo permita la ley, acepto eximir de responsabilidad a OD Vitality, LLC, a sus proveedores médicos, profesionales, empleados y afiliados por cualquier complicación o resultado asociado a los tratamientos realizados, salvo en casos de negligencia grave o conducta dolosa.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma

### Reconocimiento de la atención pre y postratamiento

Reconozco que he recibido instrucciones detalladas, tanto verbales como escritas, previas y posteriores al tratamiento, relacionadas con los procedimientos a los que me someteré. Entiendo que estas instrucciones son un componente fundamental de mi tratamiento y recuperación, y que el incumplimiento estricto de las mismas puede aumentar el riesgo de complicaciones, entre las que se incluyen, entre otras, infección, mala cicatrización, cicatrices, cambios en la pigmentación, resultados subóptimos u otros efectos adversos.



### Patient Intake Form

Acepto que es mi exclusiva responsabilidad cumplir plenamente con todas las instrucciones de cuidados previos y posteriores proporcionadas por OD Vitality, LLC y sus proveedores médicos. Entiendo que los resultados individuales y el proceso de cicatrización se ven directamente afectados por mi cumplimiento de estas instrucciones.

Además, reconozco y acepto que el incumplimiento de las instrucciones previas y posteriores al tratamiento, ya sea total o parcialmente, puede afectar negativamente a mis resultados y puede aumentar la probabilidad de complicaciones. En tales casos, acepto toda la responsabilidad por cualquier consecuencia que se derive.

En la medida en que lo permita la legislación de Florida, acepto eximir de responsabilidad, indemnizar y mantener indemne a OD Vitality, LLC, a sus médicos, director médico, proveedores, contratistas y personal de cualquier responsabilidad, reclamación, daño o gasto que surja de o esté relacionado con mi incumplimiento de las instrucciones previas y posteriores al tratamiento proporcionadas. Esto incluye, entre otros, complicaciones, resultados insatisfactorios o la necesidad de tratamientos correctivos.

Reconozco que he tenido la oportunidad de plantear preguntas sobre estas instrucciones y que comprendo plenamente su importancia. Acepto voluntariamente estas condiciones como requisito para recibir el tratamiento.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma

### Acuse de recibo de los avisos de privacidad

Reconozco que he tenido la oportunidad de revisar el Aviso de prácticas de privacidad de OD Vitality, disponible en <https://odvitality.com/>, en el que se describen las prácticas de privacidad de OD Vitality y mis derechos en relación con la privacidad de mi información médica protegida.

Entiendo que puedo solicitar una copia impresa del Aviso de prácticas de privacidad, que las políticas pueden cambiar y que puedo solicitar restricciones sobre cómo se utiliza mi información.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma

#### SOLO PARA USO DE OFICINA

Hemos hecho todo lo posible por obtener un acuse de recibo por escrito de nuestro aviso sobre prácticas de privacidad por parte de este paciente, pero no ha sido posible debido a que:

- El paciente se negó a firmar
- Debido a una situación de emergencia, no fue posible obtener un acuse de recibo.
- No pudimos comunicarnos con el paciente.
- Otro (por favor, proporcione detalles específicos)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del empleado Fecha de la firma

### Política financiera

Entiendo y acepto las siguientes políticas financieras de OD Vitality, LLC:

- Todos los servicios prestados son tratamientos médicos estéticos electivos y el pago íntegro debe efectuarse en el momento de la prestación de los servicios, salvo que se acuerde lo contrario por escrito. Entiendo que los precios pueden variar en función de la cantidad de producto utilizado, el tiempo requerido o los planes de tratamiento individualizados determinados por el proveedor.
- Reconozco que no se pueden garantizar los resultados estéticos y que estoy pagando por el tiempo, la experiencia y los productos utilizados por el proveedor, no por un resultado específico. Por lo tanto, todos los servicios prestados no son reembolsables bajo ninguna circunstancia, incluida la insatisfacción con los resultados estéticos.



### Patient Intake Form

- Entiendo que los paquetes prepagados, las membresías o los servicios promocionales están sujetos a fechas de caducidad y condiciones específicas, que se comunicarán en el momento de la compra. Los servicios no utilizados una vez pasada la fecha de caducidad podrán perderse, salvo que la ley exija lo contrario.
- Acepto avisar con al menos 24 horas de antelación en caso de cancelación o cambio de cita. El incumplimiento de esta obligación, o la no presentación a una cita programada, podrá dar lugar a un cargo por cancelación o por no presentarse (el 25 % del precio del servicio), que autorizo a la clínica a cargar a mi tarjeta registrada.
- Entiendo que llegar tarde puede dar lugar a la modificación o cancelación de mi cita, a discreción del proveedor, y que se puede considerar como una cita a la que no he acudido.
- Reconozco que los tratamientos adicionales, retoques o correcciones pueden conllevar cargos adicionales, a menos que se incluyan explícitamente en un plan de tratamiento por escrito.
- En caso de que quede algún saldo pendiente, acepto que OD Vitality, LLC se reserve el derecho de realizar un cargo en mi tarjeta registrada y/o emprender acciones de cobro según lo permita la ley. Acepto hacerme cargo de cualquier coste razonable de cobro, incluyendo tasas administrativas, honorarios de agencias de cobro y honorarios de abogados, si procede.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído, entiendo y acepto estas políticas financieras, y autorizo a OD Vitality, LLC a realizar el cargo en mi método de pago registrado de acuerdo con estos términos.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma

### Autorización de tarjeta registrada y consentimiento de pago

Autorizo a OD Vitality, LLC a conservar de forma segura los datos de mi tarjeta de crédito/débito en sus archivos con el fin de facilitar el pago de los servicios prestados, los productos adquiridos y cualquier tarifa aplicable, de conformidad con el Acuerdo de Política Financiera.

Entiendo y acepto que se pueda realizar un cargo en mi tarjeta registrada por los siguientes conceptos, sin previo aviso adicional:

- Servicios realizados el día del tratamiento
- Paquetes, suscripciones o compras al por menor autorizadas por mí
- Se aplicarán cargos por cancelación o inasistencia de acuerdo con la política de la clínica.
- Tarifas por cancelación tardía (sin cumplir el plazo de preaviso requerido)
- Saldos pendientes no pagados en el momento del servicio.
- Tarifas asociadas a citas perdidas o cancelaciones el mismo día
- Servicios adicionales aprobados realizados durante mi visita

Reconozco que soy responsable de mantener registrado un método de pago válido y actualizado, y me comprometo a actualizar mi información sin demora si mi tarjeta cambia o caduca.

Además, autorizo a OD Vitality, LLC a cargar en mi tarjeta registrada cualquier saldo pendiente, incluidos los resultantes de transacciones rechazadas en el momento de la prestación del servicio. En caso de que se rechace un cargo, me comprometo a proporcionar inmediatamente una forma de pago alternativa.

Me comprometo a no impugnar ni iniciar una devolución de cargo con mi entidad financiera por los servicios prestados, las tarifas incurridas de conformidad con las políticas firmadas o los productos recibidos. En caso de devolución de cargo o disputa de pago, reconozco que OD Vitality, LLC se reserva el derecho a proporcionar documentación de mis acuerdos firmados y registros de tratamiento como prueba de autorización. Además, acepto ser responsable de cualquier tarifa, coste o gasto en que incurra OD Vitality, LLC como resultado de dichas disputas, incluidas las tasas administrativas y, cuando lo permita la ley, los gastos de cobro y los costes legales.

Entiendo que todos los cargos cumplirán con las leyes aplicables y las normas de la red de tarjetas, y que recibiré un recibo si lo solicito.

Al firmar a continuación, confirmo que he leído, entiendo y autorizo voluntariamente el uso de mi tarjeta registrada en virtud de estos términos.

Nombre del titular de la tarjeta tal como aparece en la tarjeta: \_\_\_\_\_

Número de tarjeta: \_\_\_\_\_

Fecha de caducidad: \_\_\_\_\_

Código postal de facturación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del titular de la tarjeta

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma