

FORMULARIO DE CONSULTA – TRATAMIENTOS DERMOTRICOLOGICOS

| | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| Nombre y apellido | | | |
| Dirección | | | |
| Telefono | | | |
| Correo E: | | | |
| Fecha de Nacimiento | | | |
| Trabajo | | | |
| | | | |
| ¿Ha tenido tratamientos faciales u otros tratamientos corporales antes? | SI / NO | Si lo ha tenido, ¿hubo algún problema? | |
| Por favor marcad cual/es tratamientos tuvo Cara: 1. HIFU 2. Microcorriente 3. Radiofrecuencia 4. Microdermabrasión 5. Terapia de fotones de luz 6. Higiene facial 7. Rejuvenecimiento cutáneo con láser 8. Depilación láser Cuerpo: 1. Congelación de grasa 2. Lipo Laser 3. Cavitación ultrasónica 4. Radiofrecuencia 5. HIFU Liposonics 6. Envoltura de Sauna Infrarroja 7. Reducción de celulitis 8. Depilación láser 9. Vacuum Terapia | SI / NO | Si lo ha tenido, ¿hubo algún problema? | |
| | | | |
| ¿Usted tiene algun implante? | SI / NO | ¿Ha tenido algún tratamiento con Botox o rellenos? ¿Rellenos de metal en los dientes? | SI / NO Cuando: |
| Usted fuma? | SI / NO | ¿Hace ejercicio regularmente? | SI / NO |

| | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| HISTORIAL MÉDICO: ¿Tiene usted o está actualmente afectado por alguno de los siguientes (marque con un círculo y dé detalles a continuación): | | | |
| Circulatorio/ Cardiovascular | Marque con un círculo: afección cardíaca / trombosis / presión arterial alta / baja / varices / colesterol alto / anemia / hemorroides / accidente cerebrovascular / marcapasos / presión arterial alta / medicación anticoagulante / otros (escribir): | | |
| Trastornos del sistema respiratorio | Marque con un círculo: Asma / COPD / Bronquitis / Enfisema / Laringitis / Amigdalitis / TB / Gripe / Cáncer de pulmón / otro (escriba): | | |
| Trastornos del sistema endocrino | Haga un círculo: problemas de tiroides / diabetes / enfermedad renal / trastorno suprarrenal / síndrome de Cushing / osteoporosis / otro (escriba): | | |
| Trastorno del sistema nervioso: | Marque con un círculo: epilepsia / esclerosis múltiple / enfermedad de Parkinson / enfermedad de la neurona motora / nervios inflamados (parálisis de Bell) / disco deslizado / migraña / depresión / insomnio / ansiedad / dolores de cabeza / EM o síndrome de fatiga crónica / estrés / otros (escriba :) | | |
| Trastorno de la piel: | Haga un círculo: adelgazamiento de la piel especialmente en la cara / acné / psoriasis / dermatitis / eczema / cáncer de piel / otro (escriba): | | |
| ¿Está siendo tratado o ha sido tratado con: | Esteroides orales SI / NO | Esteroides tópicos YES / NO | En caso afirmativo: ¿para qué / zona afectada? |
| Detalles de cualquier condición (médica o de otro tipo) que no se haya mencionado anteriormente | | | |
| ¿Qué medicamento está tomando actualmente? | | | |

Confirmando que soy mayor de 18 años.

En el improbable caso de una reacción adversa, avisaré al salón dentro de las 24 horas que contactaré a mi médico de cabecera para obtener consejo médico.

He respondido todas las preguntas anteriores según mi mejor conocimiento y para actualizar a mi terapeuta sobre cualquier cambio en mi estado de salud:

Firma del cliente: (fecha)

Firma del terapeuta: (fecha)

Le informamos que, de conformidad con la ley orgánica 15 / 1999 de Protección de Datos Personales y a través de la cumplimentación del presente formulario, UD. Presta su consentimiento para el tratamiento de sus datos personales facilitados, que serán incorporados al fichero de clientes cuyas finalidades son: Control de su tratamiento. Relación comercial y envío de información sobre productos y servicios.

Igualmente le informamos que podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición establecidos en dicha ley mediante comunicación nuestro centro Vesna Beauty Clinic, Calle Alemania 1, Local 3 en El Medano, Granadilla de Abona.