

# Timeless LaSer

## REJUVENATION CENTER

### Registro de Paciente

#### Información personal

Nombre Paciente \_\_\_\_\_ Fecha/Nac \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Apt # \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal (Zip) \_\_\_\_\_

Teléfono Casa \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_

Teléfono Trabajo \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

¿Qué número debemos usar para comunicarnos con usted para dejar un mensaje privado en relación con futuras citas? \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_

Sexo Masc.  Femen.  Estado Civil S  C  V  D

Contacto de Emergencia y Numero de Teléfono \_\_\_\_\_

¿Cómo te enteraste de nosotros? Radio  Revista  Periódico

Amigo  Pasaba por aquí  Otro (especifique) \_\_\_\_\_

¿Qué lo que atrajo más a nuestros servicios? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Historia Médica e Interés Cosmético

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Para ayudarnos a servirle mejor; por favor responda todas las siguientes preguntas:

### Preguntas de cuidado de la piel

1. ¿Está tomando los productos de aspirina o diluyentes de la sangre? Si  No
2. ¿Está utilizando Retin-A, Renova o Accutane? Si  No
3. ¿Está tomando productos de aspirina o diluyentes de la sangre? Si  No
4. ¿Está utilizando ácido glicólico o ácido alpha hidroxí? Si  No
5. Ha experimentado recientemente un peel químico o de piel?. Si  No
6. Es usted alérgico a fragancias, aceites o anestésico tópico? Si  No
7. ¿Tiene algún trastorno de la piel? Describe Si  No
8. Tienes llagas abiertas, herpes o ampollas de fiebre? Si  No
9. ¿Ha tenido alguna reacción a algún productos para el cuidado de la piel? Si  No
10. ¿Tiene la piel sensible o moretones fácilmente? Si  No
11. Ha tenido depilación/electrólisis en las últimas 2 semanas? Si  No
12. Ha se ha hecho cosméticos permanentes? Si  No
13. Tiene cicatrices/queloides por cirugía o injertos de piel?. Si  No

**Proporcione una explicación a continuación para cada "sí"**

---

### Pasado / Presente Historia Médica:

1. ¿Está o podría estar embarazada? Si  No
2. ¿Está utilizando píldoras anticonceptivas? Si  No
3. ¿Está lactando? Si  No
4. ¿Es sensible a la temperatura fría? Si  No
5. ¿Fumas? ¿Cuántos cigarrillos al día? Si  No
6. ¿Toma Alcohol? ¿Cuántas copas diariamente? Si  No
7. Fecha de último examen físico? \_\_\_\_\_ Si  No
8. ¿Actualmente utiliza cremas de decoloración? Si  No

**Proporcione una explicación a continuación para cada "sí"**

---

**¿Ha tenido cualquiera de los siguientes? (por favor encierre en un círculo)**

- |                                  |                          |                                 |
|----------------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| Asma                             | Artritis                 | Anemia                          |
| Enfermedad autoinmune            | Trastorno de la sangre   | Dolor en el pecho               |
| Diarrea crónica                  | Trastorno de coagulación | Problemas de Colon              |
| Diabetes                         | Depresión                | Cicatrización excesiva          |
| Sangrado Excesivo                | Ataque cardiaco          | Trastorno de Válvulas cardiacas |
| Reemplazo de válvula del corazón | Insuficiencia cardíaca   | Latido cardiaco irregular       |
| Presión arterial alta            | Hepatitis                | VIH                             |
| Problemas intestinales           | Queloides                | Enfermedad de los riñones       |
| Enfermedad hepática              | Enfermedad pulmonar      | Esclerosis múltiple             |
| Distrofia muscular               | MVP                      | Migrañas                        |
| Fiebre reumática                 | Falta de aliento         | Convulsiones                    |
| Derrame cerebral                 | Problemas estomacales    | Trastorno de tiroides           |
| Cancer (por favor liste el tipo) | <hr/>                    |                                 |

Lista todas las cirugías o hospitalizaciones con fechas:

---

---

---

---

¿Ha tenido algún procedimiento cosméticos en el pasado? Por favor liste con fechas:

---

---

---

---

Por favor liste abajo todos los medicamentos que toma actualmente prescritos y de venta libre, así como vitaminas y otros suplementos. Incluir dosis si la conoce y condición, si aplica.

---

---

---

---

**Alergias**

¿Tiene usted algún tipo de alergia de drogas o alimentos?  
(incluyendo guantes de látex o soya)

Si  No

**Preguntas específicas de mesoterapia/Lipo disolución: reducción de la grasa corporal o celulitis:**

- 1· Llevas en un programa de pérdida de peso /dieta en el último año? Si  No
- 2· ¿Están tomando píldoras de dieta o diuréticos? Si  No
- 3· ¿Tiene usted actualmente un estilo de vida de ejercicio y comer sano? Si  No
- 4· Se alguna vez le han diagnosticado problemas de riñón o hígado? Si  No
- 5· Están siendo tratado o diagnosticado con colesterol alto? Si  No
- 6· ¿Es usted alérgico a los productos de soya? Si  No

Proporcione el nombre y número de teléfono de su médico actual

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Es actualmente tratado por alguna condición específica? Si  No

Por favor explique: \_\_\_\_\_

**¿Cuáles son sus principales áreas de preocupación que lo trajo hoy?**

\_\_\_\_\_

¿Cuántas onzas de agua bebe diariamente? \_\_\_\_\_

¿Ejercicio? Si lo hace, ¿con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

¿Su última quemadura de sol? \_\_\_\_\_ ¿Utiliza camas de bronceado? \_\_\_\_\_

Cuando está afuera en el sol, usted (encierre uno en un círculo)

Siempre se quema (I) Usualmente se quema (II) A veces se quema (III) Rara vez se quema (IV)  
Muy rara vez se quema (V) Nunca se quema (VI)

Ha estado bajo tratamiento de un:

Dermatólogo Cirujano plástico Esteticista Estaría interesado en la cirugía estética?

En caso afirmativo, cuál procedimiento? \_\_\_\_\_

¿Qué línea para la piel está usando actualmente? \_\_\_\_\_

Marque con un círculo cómo se siente sobre la calidad de su piel:

**(MAL) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (FANTÁSTICO)**

¿Su tipo de piel es? (Por favor marque sólo uno): Normal Seca/Deshidratada Grasa Acne Propensa a Rosácea

En orden de importancia, por favor enumere de 1(más importante) a 5 (menos importante)

- Reducción de líneas finas  Disminuir cicatrices de acné  Reducción de grasa/acné  
 Reducción de enrojecimiento  Reducción de manchas marrones/ daños solares

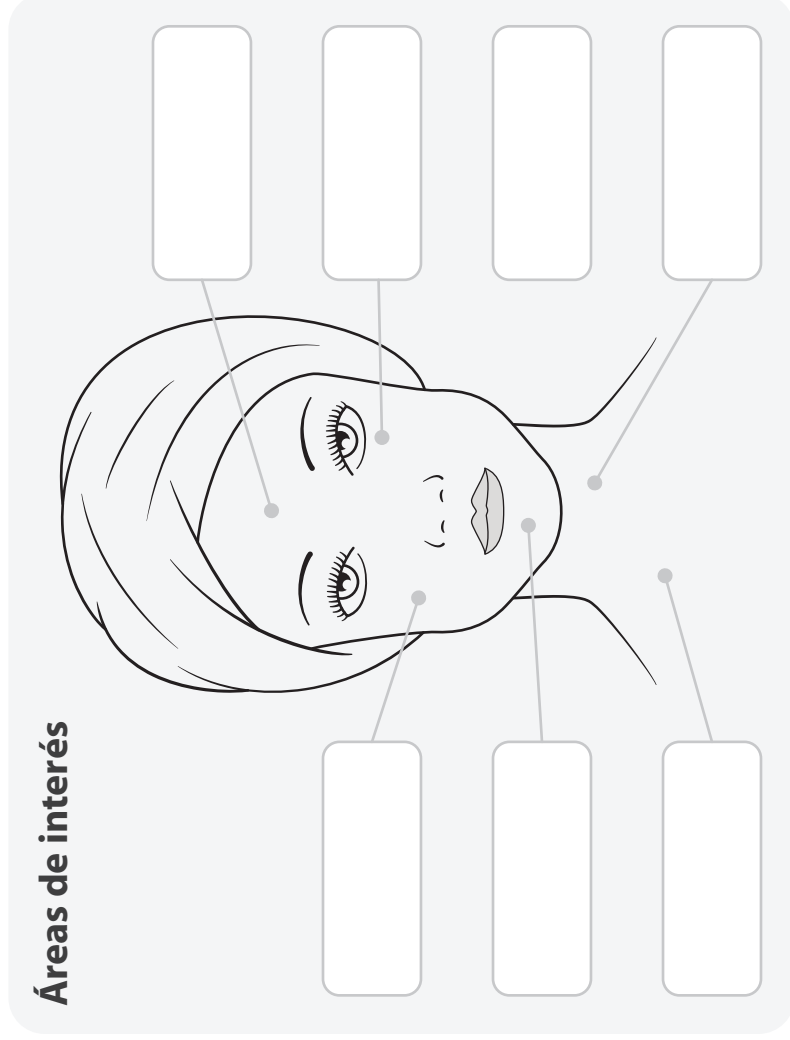
Afirmo que he contestado todas las preguntas sinceramente a lo mejor de mi conocimiento.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# Hoja de Trabajo de Consulta de Cliente

Nombre del cliente \_\_\_\_\_

## Áreas de interés



## Plan de Trabajo Propuesto

1. \_\_\_\_\_
  2. \_\_\_\_\_
  3. \_\_\_\_\_
  4. \_\_\_\_\_
  5. \_\_\_\_\_
- Firma \_\_\_\_\_

## Forma de pago

Efectivo  Crédito  Financiamiento  Todas

Entiendo que estos tratamientos son cosméticos y son pagables en su totalidad al momento del tratamiento

\_\_\_\_\_  
Cliente

\_\_\_\_\_  
Testigo

## Productos para el cuidado de la piel

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

## Costos del Plan de Tratamiento

1. txs @ \$ \_\_\_\_\_
2. txs @ \$ \_\_\_\_\_
3. txs @ \$ \_\_\_\_\_
4. txs @ \$ \_\_\_\_\_
5. txs @ \$ \_\_\_\_\_

# Timeless LaSer

## REJUVENATION CENTER

### Tratamientos Cosméticos

Dedique unos instantes a responder a las siguientes preguntas. Sus comentarios ayudarán a determinar si se debe ofrecer a nuestros valorados pacientes varios de los procedimientos de estética no quirúrgicos más populares del país en el centro de rejuvenecimiento Timeless Laser.

*Por favor devuelva a recepción después de completar*

¿Estaría interesado en terapia cosmética Botox para quitar arrugas? Si  No   
Frente  Patas de gallo  Líneas de ceño (entre las cejas)  Otro

¿Estaría interesado en tratamientos de Juvederm? Si  No   
Si lo está, ¿qué áreas faciales estaría interesado en tener?  
Líneas de la sonrisa  Líneas verticales del labio  Bordes del labio   
Líneas de marioneta (líneas en la esquina de la boca)  Otros

¿Estaría interesado en IPL/depilación láser? (Los tratamientos de reducción del pelo permanente son más rápidos, más cómodos y más rentables que la electrólisis y la cera) Si  No   
En caso afirmativo, ¿qué áreas estaría interesado en tener tratadas?  
Cara  Axilas  Línea del bikini  Piernas  Brazos  Espalda   
Pecho  Other

¿Estaría interesado en tratamientos de IPL Fotofacial/Photorejuvenecimiento? Si  No   
(una serie de tratamientos no invasivos, seguros, diseñados para eliminar o reducir las imperfecciones de la piel de la cara, cuello, pecho y otras partes del cuerpo)  
Si lo está, ¿qué condiciones están interesados en tener tratadas?  
Manchas de edad  Rosácea  Daño solar  Venas várice  Capilares rotos   
Líneas finas y arrugas  Poros ampliados  Otros  De estiramiento facial

¿Estaría interesado en una consulta para el cuidado de la piel gratuita? Si  No

¿Le interesa mejorar la celulitis? Si  No

¿Le interesa Smartlipo? Si  No   
Cuello  Mandíbula  Brazos  Espalda (Grasa del brasier)  Abdomen (inferior y superior)   
Muslos (Interior)  Muslos (Exterior)  Flancos (Rollitos)

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

El mejor número de teléfono para comunicarnos con usted \_\_\_\_\_ Mejor hora \_\_\_\_\_

*Después de completar, devuelva a la recepción. ¡Gracias!*

# Consentimiento para Tratamiento Láser/Basado en Luz

Autorizo a \_\_\_\_\_ para realizar tratamientos de dermatología cosmética de luz láser/pulsada en mí, incluyendo pero no limitado a la calefacción de tejido profundo, depilación, tratamiento de lesiones pigmentadas, lesiones vasculares, acné, o arrugas o eliminación de tatuaje. Entiendo que el procedimiento es puramente electivo, que los resultados varían con cada individuo, y que varios tratamientos pueden ser necesarios.

Entiendo que:

- Complicaciones graves son raras, pero posibles.
- Los efectos secundarios comunes incluyen enrojecimiento temporal y efectos como "quemaduras leves" que puede durar de unas horas a 3-4 días o más.
- Cambio en el pigmento, incluyendo hipopigmentación (aclaramiento de la piel) o hiperpigmentación (oscurecimiento de la piel), que puede durar de 1-6 meses o más.
- Las pecas pueden desaparecer temporal o permanentemente en las zonas tratadas.
- Otros riesgos potenciales incluyen costras, picazón, dolor, moretones, quemaduras, infección, carachas, cicatrices, inflamación y fracaso para lograr los resultados deseados.
- Los láser/ luz intensa pulsada pueden causar lesiones oculares y se deben usar durante el tratamiento gafas de protección.
- Entiendo que el sol o la exposición a lámpara de bronceado y el no adherirse a las instrucciones post-tratamiento pueden aumentar las posibilidades de complicaciones.

Autorizo que se tomen fotografías para evaluar la eficacia del tratamiento, para la educación médica, formación, publicaciones profesionales o para ventas. No se usaran fotografías que revelen mi identidad sin mi consentimiento por escrito. Si mi identidad no es revelada, estas fotografías pueden utilizarse y mostrarse públicamente sin mi permiso.

Se han examinado las instrucciones conmigo las instrucciones de antes y después del tratamiento. Se ha explicado a mi satisfacción el procedimiento, así como posibles beneficios y riesgos. He tenido respuesta a todas mis preguntas. Libremente consentimiento el tratamiento propuesto.

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

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre impreso \_\_\_\_\_

Firma del testigo \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre impreso \_\_\_\_\_

# Timeless Laser Rejuvenation Center, LLC

## Términos y Condiciones

Todos los pacientes deben tener 18 años o más, a menos que estén acompañados por sus padres o tutores legales.

Todos los pacientes deben pagar por adelantado su tratamiento o servicios. El **Centro de rejuvenecimiento Timeless Laser, LLC** no está obligado a proporcionar ningún tratamiento o servicio hasta que el paciente haya pagado el tratamiento o servicio en su totalidad.

Todas las ventas de productos, tratamientos o servicios son definitivas.

El **Centro de rejuvenecimiento Timeless Laser, LLC** impondrá una cuota de cheque devuelto de \$20 dólares por cada cheque devuelto por el banco del paciente al **Centro de rejuvenecimiento Timeless Laser, LLC**.

Todos los pacientes que compren un certificado promocional del **Centro de rejuvenecimiento Timeless Laser, LLC** deben proporcionar al menos 24 horas antelación antes de cancelar cualquier visita. Cualquier paciente que no e24 horas antelación antes de cancelar una visita perderá esa visita.

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

Nombre impreso \_\_\_\_\_

Firma del testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre impreso \_\_\_\_\_

# Consentimiento para la toma y publicación de fotografías

Doy mi consentimiento para tomar fotografías de mí o partes de mi cuerpo, bajo las siguientes condiciones:

- 1· Las fotografías pueden tomarse sólo con mi consentimiento y bajo condiciones aprobadas por mí.
- 2· Las fotografías se utilizarán para registros médicos y utilizadas para la documentación de mis resultados.
- 3· Entiendo que tales fotografías pueden ser utilizados con fines educativos o utilizadas para demostrar la eficacia de dichos procedimientos. Sin embargo, se entiende expresamente que en cualquier publicación o uso no voy a ser identificado por nombre.
- 4· Entiendo que puede ser reconocible e identificable en las fotografías; se harán intentos razonables para evitar la identificación personal.

Doy mi permiso para el uso de mis fotografías y si, a juicio del médico, de investigación médica, la educación o la publicación como es mencionado anteriormente.

No doy mi permiso para el uso de mis fotografías más que en documentación fotográfica de mi historia.

---

Firma del paciente

Fecha

---

Nombre impreso

## Timeless Laser Rejuvenation Center, LLC

# Política Financiera, Consentimiento y Autorización

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

### Por favor, escriba sus iniciales en todas las cajas

- Hay un cargo de \$25.00 por citas perdidas y \$50,00 dólares por cirugías perdidas no canceladas al menos con 48 horas de antelación.
- No hay garantía de que un tratamiento puede ser suficiente para tratar un área determinada. Cada tratamiento adicional, si es necesario puede implicar cargos adicionales.
- Todos los tratamientos médicos implican riesgo incluyendo pero no limitándose a: falta de mejora, reacción a los medicamentos y empeoramiento de una condición. La cirugía puede implicar sangrado, hematomas, cicatrices, infección y entumecimiento. Como paciente de esta práctica, usted entiende que estos riesgos son inherentes a la práctica de la medicina y que desea recibir tratamiento.
- Todos los pacientes deben ser de 18 años o más, a menos que sean acompañados de los padres o el tutor legal.
- Todos los pacientes deben pagar por sus tratamientos de antemano. El Centro de rejuvenecimiento Timeless Laser, LLC no está obligado a proporcionar ningún tratamiento o servicio hasta que el paciente haya pagado por el tratamiento o servicio en su totalidad.
- Todas las ventas de servicios, tratamientos o productos son finales.
- El centro de rejuvenecimiento Timeless Laser, LLC impondrá una tarifa de \$20.00 por cualquier cheque devuelto por el banco del paciente al centro de rejuvenecimiento Timeless Laser, LLC

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

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre impreso \_\_\_\_\_

Firma del testigo \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre impreso \_\_\_\_\_