FORMULARIO DE ADMISIÓN DEL CLIENTE CONFIDENCIAL

Información general

Nombre _____ Cumpleaños _____

Dirección _____

Ciudad _____ Expresar _____ Código postal _____

Teléfono # _____ Correo electrónico _____

Ocupación _____

Nombre del contacto de emergencia _____ Phone # _____

¿Le gustaría ser agregado a nuestra lista de correo electrónico para ofertas especiales y descuentos? Sí No

¿Cómo te enteraste de nosotras? _____

Historial Medico

Por favor marque todos los que apliquen:

Acné	Artritis	Depresión
Diabetes	Eczema	Epilepsia
Ampollas de fiebre	Problemas cardiacos	Hepatitis
Hipertensión	HIV	Hiperpigmentación
Pigmentación hipo	Insomnio	Presión arterial baja
Lupus	Infección sinusal	Cirugía: _____
Embarazada	Soriasis	Erupciones
Seborrea	Shingles	Cáncer de piel
Hyper/Hypo Thyroid	Verrugas	Otra: _____

¿Está tomando algún medicamento actualmente? Sí No

En caso afirmativo, explíquelo porfavor: _____

¿Ha recibido algún servicio facial o dermatológico en los últimos 30 días? Sí No

En caso afirmativo, explíquelo porfavor: _____

¿Tienes alguna alergia? Sí No

En caso afirmativo, explíquelo porfavor: _____

Historia del Cuidado de la Piel

Verifique los productos que usa actualmente (Por favor seleccione todas las respuestas válidas):

Loción corporal	Jabon para el cuerpo	Exfoliación corporal
Crema limpiadora	Crema de día	Desmaquillante de ojos
Crema para los ojos	Exfoliants	Jabón facial
Exfoliante facial	Hand Cream	Crema para el cuello
Crema de noche	Tónico / astringente para la piel	Otra: _____

¿Qué tipo de piel tienes?

Normal Aceitosa Seca Combinación Insegura

Condiciones que está experimentando actualmente (seleccione todas las que correspondan):

Ansiedad Fatiga Olvido Dolor de cabeza
Inflamación Insomnio Calambres musculares Estrés

Información Importante

¿Qué preocupaciones tienes con respecto a tu piel? Por favor seleccione todas las respuestas válidas:

Acné / Brotes	Espinillas / Espinillas
Capilares rotos	Poros obstruidos
Sequedad	De manchas oscuras
Enrojecimiento	Excesivo de aceite / brillo
Cicatrices	De rosácea
Tono de piel desigual	Del daño solar
Cabello no deseado	Arrugas / Líneas finas
Otro: _____	

¿Ha estado bajo el cuidado de un dermatólogo durante el último año? Sí No

En caso afirmativo, explíquelo porfavor: _____

¿Ha usado productos Retin-A, Renova, AHA o Retinal / Vitamina A en los últimos tres meses?

Sí No

En caso afirmativo, explíquelo porfavor: _____

¿Ha recibido inyecciones de Botox, Restylane o Colágeno en los últimos 6 meses?

Sí No

Al firmar a continuación, acepto lo siguiente:

He completado este formulario lo mejor que he podido y con mi conocimiento. Acepto informar al técnico de cualquier cambio en la información anterior. Estoy de acuerdo en que no tengo ninguna afección que pueda hacer que el tratamiento solicitado sea inadecuado. Informaré al técnico de cualquier malestar que pueda experimentar en cualquier momento durante mi tratamiento para permitirle adaptarse en consecuencia. Acepto renunciar a toda responsabilidad hacia mi técnico y el salón por cualquier lesión o daño incurrido debido a cualquier tergiversación de mi salud.

Nombre Impreso

Firma

Fecha