

Tu Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Tu Domicilio: _____ Ocupación: _____

Teléfono Fijo: _____

Teléfono Celular: _____

1. ¿Cómo te lavas la cara?	jabón <input type="checkbox"/> limpiador <input type="checkbox"/>	14. ¿Sigues una dieta específica?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. Si es jabón, ¿qué marca?		<i>En caso afirmativo, especifique</i>	
3. Si es limpiador, ¿qué marca?		15. ¿Consumes agua diariamente?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4. ¿Utiliza una crema hidratante?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si es así, ¿cuánto?	
5. ¿Utiliza ácido glicólico de forma regular?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	16. ¿Bebes café? té o refrescos diariamente?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
6. ¿Tiene o está utilizando actualmente Retin A?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Café oz. Té oz. Soda oz. _	
<i>En caso afirmativo, especifique</i>		17. ¿haces ejercicio?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
7. ¿Está / ha tomado accutane?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo. ¿Con qué frecuencia?	
<i>En caso afirmativo, especifique</i>		18. ¿Alguna vez has tenido un facial?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
8. ¿Toma actualmente algún medicamento?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	en caso afirmativo. ¿Cuándo fue tu último facial?	
<i>En caso afirmativo, especifique</i>		19. ¿Te das un facial en casa?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
9. ¿Alguna vez tiene ardor / picazón en la piel?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo. ¿Con qué frecuencia?	
10. ¿Eres alérgico a algo?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	20. Por favor, liste los cosméticos y el cuidado de la piel que está usando actualmente:	
11. ¿Experimenta enrojecimiento / irritación a menudo?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tu Firma: _____	
11. ¿Tienes problemas cardíacos?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
13. ¿Eres diabético?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

- | | | |
|---|---|--|
| <p>1. Textura de la piel
Delgado <input type="checkbox"/> Grueso <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/></p> <p>2. Color de complejión
Pálido <input type="checkbox"/> Rosa <input type="checkbox"/> Aceituna <input type="checkbox"/> Cetrina <input type="checkbox"/> Bronceado <input type="checkbox"/>
Otro <input type="checkbox"/></p> <p>3. Pigmentación
Parejo <input type="checkbox"/> Desigual <input type="checkbox"/> Marcas de nacimiento <input type="checkbox"/> Muchas
Pecas <input type="checkbox"/> Algunas pecas <input type="checkbox"/></p> <p>4. Tono muscular
Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Caído <input type="checkbox"/></p> | <p>5. Arrugas faciales
Arrugas profundas <input type="checkbox"/> Patas de gallo <input type="checkbox"/>
Líneas finas en toda la cara <input type="checkbox"/></p> <p>6. Capilares rotos
Área de nariz <input type="checkbox"/> Área de mejilla <input type="checkbox"/> Área de la barbilla <input type="checkbox"/>
Nariz <input type="checkbox"/> Frente <input type="checkbox"/></p> <p>7. Condición
Granos <input type="checkbox"/> espinillas <input type="checkbox"/> Descamación <input type="checkbox"/> Acné Cícrices <input type="checkbox"/>
Puntos Negros <input type="checkbox"/></p> | <p>8. Tu tipo de piel
Graso <input type="checkbox"/> Combinación <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Deshidratado <input type="checkbox"/>
Sensible <input type="checkbox"/> Acné problemático <input type="checkbox"/> Cacióse <input type="checkbox"/>
Maduro <input type="checkbox"/> Dañado por el sol <input type="checkbox"/> Rosácea <input type="checkbox"/></p> |
|---|---|--|

Comentarios / Recomendación	AM	PM	Faciales recomendados
Limpiar			
Tonificar			
Hidratar y Proteger			
Mascara			
Tratamiento nocturno especial			



Formulario de consentimiento PCA

Antes de recibir el tratamiento, he sido sincero al revelar cualquier afección que pueda tener relación con este procedimiento, como: embarazo (si es así, consulte a su médico antes del tratamiento), cirugía facial reciente, alergias, tendencia al herpes labial / ampollas febriles o el uso de medicamentos recetados tópicos y / u orales como: trentinoína, Retin-A®, Accutane®, Differin®, Tazorac®, Avage®, EpiDuo™ o Ziana®.

Entiendo que puede haber cierto grado de incomodidad, como picazón, sensación de pinchazo, calor u opresión.

Entiendo que no hay garantías en cuanto a los resultados de este tratamiento, debido a muchas variables, como: edad, estado de la piel, daño solar, tabaquismo, clima, etc.

Entiendo que puedo o no pelar y que cada caso es individual. Entiendo que la cantidad de peeling no se correlaciona con el grado de mejora.

Entiendo que este tratamiento es un tratamiento cosmético y que no hay reclamos médicos expresos o implícitos.

Entiendo que para lograr los máximos resultados, es posible que necesite varios tratamientos.

Entiendo que aunque las complicaciones son muy raras, a veces pueden ocurrir y que es necesario un tratamiento rápido. En caso de complicaciones, me pondré en contacto inmediatamente con el médico / clínico que realizó el tratamiento.

Estoy de acuerdo en abstenerme de broncearme en camas de bronceado o al aire libre mientras estoy en tratamiento y durante los 14 días, antes y después del final del tratamiento (recomendamos que esta práctica se suspenda por completo).

Entiendo que la exposición directa al sol prolongada está prohibida mientras estoy bajo tratamiento, y el uso diario de protección solar con un mínimo de SPF 30 es obligatorio.

No he tenido ninguna otra exfoliación química de ningún tipo dentro de los 14 días de este tratamiento. Entiendo que no puedo tener otra exfoliación química dentro de los 14 días de este tratamiento, ya sea que se realice en esta ubicación o en cualquier otra ubicación.

Entiendo que debo seguir las recomendaciones de mi médico para el cuidado de la piel después del procedimiento para minimizar los efectos secundarios y maximizar los resultados.

Por la presente, acepto todo lo anterior y acepto que me realicen este tratamiento. Además, estoy de acuerdo en seguir todas las instrucciones de cuidado post-peeling según me indiquen.

Firma: _____ Fecha: _____

Firma del clínico: _____



Testimonio, Foto y Video Lanzamiento

Por favor, marque una o todas de las siguientes opciones:

_____ Acepto permitir que mis fotos de tratamiento, testimonios y / o videos sean utilizados con fines promocionales. Entiendo que mi nombre y mi información de identificación NO serán utilizados.

_____ Acepto permitir que SOLO mi nombre, apellido, inicial y ocupación se adjunten a mis fotos de tratamiento, testimonios y / o videos con fines promocionales.

_____ NO Acepto permitir el uso de mis fotos de tratamiento, testimonios y / o videos con fines promocionales.

Este acuerdo reemplaza cualquier acuerdo anterior que tenga con Glow Medspa con respecto al uso de testimonios, fotos y / o videos.

FIRMADO: _____ Fecha: _____

Nombre: _____

Testimonio escrito sobre su experiencia en Glow Medspa