

## FORMULARIO DE ADMISIÓN DEL PACIENTE

Nombre (Apellido, Nombre) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Tu fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo (marque con un círculo): M o F

Domicilio: \_\_\_\_\_ Departamento # \_\_\_\_\_ o N/A

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Mejor serie de salir de cualquier información confidencial respecto a su tratamiento y los mensajes: (circule por favor) Móvil Casa Trabajo

Dirección de correo electrónico (escriba claramente): \_\_\_\_\_

¿Cómo te enteraste de nosotros? \_\_\_\_\_

Estado civil (marque con un círculo):                  Soltero                  Casado                  Viudo                  Divorciado

Ocupación / Empleador: \_\_\_\_\_ Hobbies / Actividades: \_\_\_\_\_

Etnia (marque con un círculo):    caucásico                  hispano                  afroamericano                  asiático

*( Nota: Etnicidad, origen nacional. (Nota: la etnia, el origen nacional y la raza pueden afectar la forma en que la raza de la piel puede afectar la forma en que la piel reacciona al reaccionar con el tratamiento con láser / IPL)*

Medio este                  Isteño del Pacífico                  Otro: \_\_\_\_\_                  Prefiero no responder.

nombre del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación contigo: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

## HISTORIA MÉDICA DETALLADA

Condiciones de la piel (psoriasis, eccema, cicatrices, etc.):	NO	SI	(En caso afirmativo explicar)
Enfermedad cardíaca (ataque cardíaco, palpitaciones, etc.):	NO	SI	(En caso afirmativo explicar)
Enfermedad neurológica (convulsiones, epilepsia, etc.):	NO	SI	(En caso afirmativo explicar)
Enfermedad pulmonar (EPOC, asma, etc.):	NO	SI	(En caso afirmativo explicar)
Enfermedad hepática / renal (cirrosis, hepatitis, etc.):	NO	SI	(En caso afirmativo explicar)
Cáncer (leucemia, linfoma, melanoma, etc.):	NO	SI	(En caso afirmativo explicar)
Problemas digestivos (SII, diarrea, etc.):	NO	SI	(En caso afirmativo explicar)
Hipertensión / enfermedad vascular (TVP, etc.):	NO	SI	(En caso afirmativo explicar)
Trauma (accidentes automovilísticos graves, lesiones, etc.):	NO	SI	(En caso afirmativo explicar)
Enfermedades infecciosas (tuberculosis, ETS, etc.):	NO	SI	(En caso afirmativo explicar)
Inmunosupresión (VIH, SIDA, etc.):	NO	SI	(En caso afirmativo explicar)
Trastorno endocrino (tiroides, diabetes, etc.):	NO	SI	(En caso afirmativo explicar)
Mental Illness (Depression, Suicide, Bipolar, etc.):	NO	SI	(En caso afirmativo explicar)
Any OTHER medical problems:	NO	SI	(En caso afirmativo explicar)

[OFFICE USE ONLY]

Enumere TODAS LAS MEDICAMENTOS actuales: \_\_\_\_\_ Listar ALERGIAS: \_\_\_\_\_

[SOLO PARA USO DE LA OFICINA]: \_\_\_\_\_ [FIRMA DEL PERSONAL]: \_\_\_\_\_

¿Es alérgico a Bacitracin®, Polysporin®, Neosporin® o cualquier otra crema antibiótica tópica? NO SI

¿Tiene alergia a algún anestésico tópico como la benzocaína, la tetracaína o la lidocaína? NO SI

¿Ha usado Accutane®, Claravis®, Sotret® o Amnesteem® (isotretinoína) en los últimos seis meses? NO SI

¿Tiene antecedentes de herpes simple ("herpes labial" o "ampollas febriles") o infección en el área a tratar? NO SI

Solo pacientes femeninos: ¿Está embarazada o en periodo de lactancia? NO SI

Solo pacientes femeninos: ¿Toma algún tipo de anticonceptivo? NO SI

Última exposición al sol (bronceado / actividad al aire libre): \_\_\_\_\_

¿Utiliza camas de bronceado o bronceado en aerosol? NO SI Última exposición: \_\_\_\_\_

¿Fumas? NO SI En caso afirmativo, ¿cuánto y con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

¿Cómo reacciona tu piel cuando se expone al sol? (circule solo UNA de estas seis opciones a continuación)

Siempre quema y nunca broncea  Quema facil y bronceado minimo  A veces quema y bronceado lento  Minimias quemaduras y generalmente bronceado  Apenas quema y buen bronceado  Nunca me quemó y siempre me bronceo

**----- solo para pacientes de ELIMINACIÓN DE TATUAJE LÁSER -----**

Número de tatuajes que te gustaría eliminar: \_\_\_\_\_ Número total de tatuajes que tienes: \_\_\_\_\_

Describe los tatuajes que desea eliminar.: \_\_\_\_\_

Cuánto tiempo lo has tenido? \_\_\_\_\_ ¿Ha cambiado con el tiempo? NO SI (en caso afirmativo, explique): \_\_\_\_\_

¿Por qué quieres que te quiten los tatuajes? \_\_\_\_\_

¿Has intentado eliminar tu tatuaje en el pasado con algo que NO sea un láser? NO SI \_\_\_\_\_

¿Has tenido previamente un tratamiento con láser en tu tatuaje? En caso afirmativo, ¿cuándo y dónde? NO SI \_\_\_\_\_

¿Es su tatuaje un "encubrimiento" o un "retoque" de un tatuaje anterior? NO SI \_\_\_\_\_

¿Su tatuaje es maquillaje permanente o tinta durazno, blanca, rosa o color carne? NO SI \_\_\_\_\_

Pacientes de sexo femenino: ¿Tiene un implante mamario u otro aumento cerca de su tatuaje? NO SI \_\_\_\_\_

Encierra en un círculo TODOS los que se aplican a tu tatuaje: *Amateur Profesional Encubrimiento Coloreado Cicatriz Solo Delineado Solo Sombras*

**----- solo para pacientes de REDUCCIÓN DEL CABELLO -----**

¿En qué áreas del cuerpo está interesado en reducir el vello? \_\_\_\_\_

¿Te has sometido a tratamientos previos de reducción de vello con láser? NO SI \_\_\_\_\_

¿Ha cambiado su piel o cabello de alguna manera recientemente? NO SI \_\_\_\_\_

¿Por qué quieres un tratamiento de reducción de cabello? \_\_\_\_\_

Describe el cabello que desea tratar: \_\_\_\_\_

¿Está utilizando actualmente un retinol o retinoide (Retin-A, Tretinoin, Renova®, Tazorac®, Differin®) o ácido glicólico? NO SI \_\_\_\_\_

¿En qué áreas se encuentra hoy interesado en recibir DEPILACIÓN LÁSER?

<input type="checkbox"/> Cuerpo completo	<input type="checkbox"/> Cejas	<input type="checkbox"/> Gorras de hombro
<input type="checkbox"/> Cara	<input type="checkbox"/> Nariz	<input type="checkbox"/> Patillas
<input type="checkbox"/> brasileño	<input type="checkbox"/> Las mejillas	<input type="checkbox"/> Areolas
<input type="checkbox"/> Brasileño extendido	<input type="checkbox"/> Barbilla	<input type="checkbox"/> Línea del vientre
<input type="checkbox"/> Piernas	<input type="checkbox"/> Orejas	<input type="checkbox"/> Línea de bikini
<input type="checkbox"/> Brazos	<input type="checkbox"/> Línea de pelo	<input type="checkbox"/> Nalgas
<input type="checkbox"/> atrás	<input type="checkbox"/> Frente	<input type="checkbox"/> Codos
<input type="checkbox"/> Cofre	<input type="checkbox"/> Cuero cabelludo	<input type="checkbox"/> Las rodillas
<input type="checkbox"/> Abdomen / Vientre Completo	<input type="checkbox"/> Línea de barba	<input type="checkbox"/> Muslos internos
<input type="checkbox"/> Manos y dedos	<input type="checkbox"/> Parte posterior del cuello	<input type="checkbox"/> Axilas
<input type="checkbox"/> Pies y pies	<input type="checkbox"/> Frente del cuello	

----- solo para pacientes de EXTRACCIÓN DE HONGOS DE UÑAS -----

¿Número de años infectado? \_\_\_\_\_

¿Algún problema con el área además de esto? NO SI \_\_\_\_\_

¿Qué otros medicamentos, recetados o de venta libre ha usado? NINGUNO o nombres de medicamentos \_\_\_\_\_

¿Qué estás haciendo actualmente en casa (remedios caseros)? NINGUNO o \_\_\_\_\_

¿Has visto a un médico en el pasado sobre este asunto? NO SI \_\_\_\_\_

¿Hay otros servicios que le interesen?

**Inyectables:**

- Botox/Dysport
- Rellenos

**Lasers:**

- Depilación láser  
¿Qué área del cuerpo? \_\_\_\_\_
- Eliminación de tatuajes con láser
- Eliminación láser de hongos en las uñas
- Eliminación de manchas solares con láser

**Servicios de piel:**

- Microneedling
- Dermaplaning
- Exfoliación química
- Servicios faciales

¿Cuáles son tus preocupaciones sobre la piel?

- \_\_\_\_\_ Acné
- \_\_\_\_\_ Decoloración / tono de piel desigual
- \_\_\_\_\_ Hiperpigmentación / Daño solar
- \_\_\_\_\_ Líneas finas / arrugas
- \_\_\_\_\_ Textura
- \_\_\_\_\_ Rosácea
- \_\_\_\_\_ Sequedad
- \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

**Haga un círculo en el tipo de piel que coincida con sus características y la reacción a los rayos UV (30 minutos de luz solar sin FPS)**

Tipo de piel	Características comunes	Reacción a los rayos UV *
I	Muy Rubio / ojos azules / pecas	Siempre arde, nunca se broncea
II	Rubio / azul, avellana o ojos verdes	Siempre o generalmente arde, se broncea con dificultad, el bronceado se desvanece rápidamente
III	Blanca cremosa / clara con cualquier color de ojos o cabello / muy común	A veces quemaduras leves, siempre o por lo general broncea, el bronceado permanece durante semanas
IV	Marrón / piel mediterránea típica / moderadamente pigmentada y puede incluir asiática, del Medio Oriente, india, hispana	Raramente se quema, se broncea con facilidad, el bronceado permanece durante meses
V	Tipo de piel marrón / oscura más oscura y puede incluir asiática, del Medio Oriente, india, hispana, mediterránea (no caucásica)	Muy raramente se quema, se broncea muy fácilmente
VI	Nunca se quema, se broncea muy fácilmente...	Nunca se quema, se broncea muy fácilmente

*Adaptado de Fitzpatrick TB*

*La validez y practicidad de las pieles reactivas al sol de los tipos I a VI*

*Arch Dermatol-Vol 124, junio de 1988.*

**----- POLÍTICAS, PROCEDIMIENTOS, ACUERDOS Y CONSENTIMIENTOS -----**

Las siguientes dos páginas están destinadas a proporcionarle información detallada sobre nuestras políticas, programas, acuerdos y consentimientos. Lea cada sección detenidamente, asegúrese de abordar cualquier inquietud y de que cualquier pregunta que tenga sea respondida antes de tomar su decisión final de seguir adelante con el proceso de tratamiento.

**----- CONSENTIMIENTO HIPAA DEL PACIENTE -----**

▪ Nuestra oficina se compromete a proteger la privacidad de su información médica. La Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA) de 1996 (y actualizada en 2013) es una ley federal que rige el uso y la divulgación de la información de salud de una persona. Nuestro "Aviso de prácticas de privacidad" proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar información médica protegida sobre usted. El Aviso contiene una sección de "Derechos del paciente" que describe sus derechos bajo la ley. Las siguientes declaraciones cubren los fundamentos de sus derechos como paciente bajo HIPAA:

- Nuestra oficina tiene un "Aviso de prácticas de privacidad" y usted tiene derecho a revisar una copia detallada de nuestro Aviso antes de firmar este Consentimiento del paciente de HIPAA.
- Este "Aviso de prácticas de privacidad" está disponible en nuestras oficinas.
- La información médica protegida puede divulgarse para tratamiento, pago u operaciones de atención médica.
- Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de nuestro "Aviso de prácticas de privacidad" en cualquier momento.
- Si cambiamos nuestro Aviso, puede obtener una copia revisada comunicándose con nuestra oficina.
- Tiene derecho a restringir los usos de su información de salud protegida.
- Puede revocar este Consentimiento de HIPAA por escrito en cualquier momento. Sin embargo, dicha revocación no afectará ninguna divulgación que ya hayamos hecho en base a su consentimiento previo.

Además, es política de esta oficina recordar a los pacientes sus citas. Podemos hacerlo mediante llamadas telefónicas en vivo, llamadas de recordatorio de citas automatizadas (TeleVox), mensajes de texto, correos electrónicos, correo de EE. UU., Redes sociales o por cualquier medio conveniente para la práctica. También podemos enviarle otras comunicaciones para informarle sobre cambios en la política de la oficina, nuevas tecnologías y ofertas especiales que pueda encontrar valiosas o informativas. Dicho esto, el contacto solo vendrá directamente de nosotros; nunca venderemos ni intercambiaremos su información privada, incluidos números de teléfono, direcciones de correo electrónico o direcciones postales. Puede optar por no tomar ninguna o todas las medidas de comunicación en cualquier momento comunicándose con nosotros por escrito.

Al firmar la siguiente página de este documento, certifica que ha leído nuestro Consentimiento del paciente HIPAA y ha tenido la oportunidad de revisar una versión más detallada si así lo desea. Su firma también significa que está de acuerdo con las declaraciones anteriores y esta política. GLOW MEDSPA proporciona este formulario e información de conformidad con la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA) de 1996 (actualizada en 2013).

**-- CONSENTIMIENTO DE TELEHEALTH (TELEMEDICINA) y ACUERDO DE VIDEO / FOTO -----**

Mi firma a continuación certifica que entiendo, estoy de acuerdo y consiento que GLOW MEDSPA y sus empleados, contratistas independientes, asociados, agentes y representantes (colectivamente y por el presente, denominados "GLOW MEDSPA") pueden tomar fotografías y / o usar videos ( para "almacenar y reenviar" o tecnología de teleconferencia) del área a tratar antes de que comience el tratamiento inicial y en algunas o todas las visitas recurrentes (generalmente no se toman fotos y videos del área genital). Estas grabaciones estarán disponibles solo para los miembros de nuestro personal médico para evaluar al paciente y rastrear la progresión de cada tratamiento y son parte del registro médico. GLOW MEDSPA sigue las pautas extremadamente estrictas de HIPAA con respecto a la confidencialidad y privacidad del paciente y, por lo tanto, los nombres y las grabaciones se usan internamente y solo se mostrará el área / área tratada en estas fotografías y videos.

**(ESTA HOJA CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE)**

## ----- POLÍTICA DE TURNOS -----

Glow Medspa se esfuerza por tratar a todos los clientes en los horarios programados. Asistir a sus citas le permite obtener mejores resultados porque puede mantenerse en su horario de crecimiento del cabello. Además, las exhibiciones bloquean los espacios disponibles para que otros clientes puedan ingresar a sus horarios de tratamiento. Los clientes deben avisar con 24 horas de anticipación si necesitan reprogramar o no pueden hacer su cita.

- Los clientes deben pagar una tarifa de "no presentación" / "cancelación tardía" de \$ 25.00 si pierden una cita o no avisan con 24 horas de anticipación de una cancelación o reprogramación.
- Si se rechaza la tarjeta de crédito provista, Glow Medspa penalizará aplicando las áreas de tratamiento programadas el día de la no presentación como se usa.

**\* Como cortesía a nuestros clientes, intentamos enviar recordatorios por correo electrónico y mensajes de texto. Sin embargo, no recibir esos recordatorios no excusará una cita perdida.**

Elija la opción 1, la opción 2 o la opción 3

**Opción 1:** Eliges no guardar una tarjeta en el archivo, sino que eliges que todos los servicios programados el día de tu no presentación se marquen como usados. Esto eliminará una sesión de todas las sesiones disponibles.

**Opción 2:** La información de su tarjeta de crédito se puede cifrar y almacenar con nuestro procesador de tarjetas de crédito de una manera muy segura. Incluso Glow Medspa no tendrá acceso a la información de la tarjeta. Glow Medspa solo podrá cobrarlo por no presentarse y comprar si decide usarlo en el futuro. Para esta opción, entregue su tarjeta al coordinador de recepción y obtendremos la información agregada y almacenada de forma segura.

**Opción 3:** Puede completar la información a continuación y guardaremos la información de su tarjeta en su archivo.

**Nombre del cliente:** \_\_\_\_\_ **Nombre en la tarjeta de crédito:** \_\_\_\_\_

**Tipo de tarjeta (marque una):**    **Visa/MasterCard/Amex**        **Discover**

**Nro. Tarjeta de crédito:** \_\_\_\_\_ **Fecha de caducidad:** \_\_\_\_\_

*Mi firma a continuación indica que entiendo la política de no presentación de Glow Medspa y que autorizo que se cargue a mi tarjeta de crédito de acuerdo con los términos de la política en caso de que viole estos términos.*

## ----- POLÍTICA DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA -----

Mi firma a continuación certifica que por la presente busco los servicios de Glow Medspa y sus empleados, contratistas independientes, asociados, agentes y representantes (colectivamente y en lo sucesivo denominados "Glow Medspa") para láser, terapia de inducción de colágeno y / o Cuidados dermatológicos. Entiendo que los tratamientos con micro agujas y láser, como la reducción del cabello, son procedimientos voluntarios y no están cubiertos por Medicare, Medicaid, Medi-Cal, HMO, PPO o planes de seguro privado. Entiendo que Glow Medspa no presentará ningún reclamo a ninguna compañía de seguros. Entiendo que el pago se debe antes de que se presten los servicios. También entiendo y acepto que si pago un paquete de servicios utilizando una tarjeta de crédito, cheque o compañía financiera y el pago no se acepta o está sujeto a una devolución de cargo en cualquier momento por cualquier motivo, aún soy completamente responsable del pago de los tratamientos que recibo y acepto pagarlos a la tarifa no descontada ("pago por uso"). Estoy de acuerdo en pagar una tarifa de \$ 25.00 por cada cheque o cargo que no sea aceptado por mi banco. Por último, reconozco plenamente que soy personalmente responsable de todas las tarifas y cargos incurridos en relación con mi compra y entiendo completamente que NO se reembolsará absolutamente ninguna tarifa, pago, cargo, crédito, certificado de regalo, compra de productos o pre-pago. paquetes pagados

✘ _____	✘ _____
<b>NOMBRE IMPRESO DEL PACIENTE</b>	<b>FECHA</b>
✘ _____	
<b>FIRMA DEL PACIENTE</b> (o firma del tutor legal si el paciente es menor de 18 años)	Este espacio para uso exclusivo de la oficina (Firma del personal)