

Evaluación Integral del Paciente

Formulario completo de admisión de pacientes con información demográfica, historial médico, medicamentos y alergias para pacientes de spa médico

Información del Cliente

Nombre *

Apellido *

Correo Electrónico *

Número de Teléfono *

Fecha de Nacimiento *

DD / MM / AAAA

Datos Demográficos

Género *

☐ Femenino

☐ Masculino

☐ No Binario

☐ Prefiero no responder

Dirección *

Ciudad *

Estado/Provincia *

Código Postal *

Nombre del Contacto de Emergencia *

Teléfono del Contacto de Emergencia *

Historial Médico

¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes condiciones?

- ☐ Trastorno autoinmune (Lupus, Artritis Reumatoide, etc.)
- ☐ Trastorno de sangrado o coagulación
- ☐ Diabetes (Tipo 1 o Tipo 2)
- ☐ Enfermedad cardíaca o cardiopatía
- ☐ Presión arterial alta
- ☐ Trastorno de tiroides
- ☐ Trastorno convulsivo / Epilepsia
- ☐ Hepatitis B o C
- ☐ VIH / SIDA
- ☐ Cáncer (actual o en el historial)
- ☐ Tendencia a cicatrización queloide
- ☐ Condición de la piel (Eczema, Psoriasis, Rosácea)
- ☐ Herpes labial / Herpes simple
- ☐ Ninguna de las anteriores

Si respondió sí a alguna de las anteriores, proporcione detalles

¿Está actualmente embarazada o en periodo de lactancia? *

- ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro

¿Ha recibido alguno de los siguientes tratamientos en los últimos 12 meses?

- | | |
|---|--|
| ☐ Inyecciones de Botox / Neurotoxina | ☐ Rellenos dérmicos |
| ☐ Peladura química | ☐ Tratamiento láser |
| ☐ Microagujas | ☐ Cirugía facial |
| ☐ Ninguna de las anteriores | |

Medicamentos Actuales y Alergias

Enumere todos los medicamentos actuales (incluyendo suplementos y vitaminas)

¿Está tomando actualmente anticoagulantes (Aspirina, Warfarina, Ibuprofeno, etc.)? *

- ☐ Sí ☐ No

¿Ha tomado Accutane (isotretinoína) en los últimos 6 meses? *

- ☐ Sí ☐ No

Enumere todas las alergias conocidas (medicamentos, látex, alimentos, etc.) *

¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a anestesia local (p. ej., Lidocaína)? *

☐ Sí ☐ No

Cuidado de la Piel Actual

¿Cómo describiría su tipo de piel? *

☐ Seco ☐ Graso ☐ Mixto
☐ Sensible ☐ Normal

Enumere sus productos actuales de cuidado de la piel

¿Cuáles son sus objetivos principales de tratamiento? *

Consentimiento y Firma

Certifico que la información proporcionada anteriormente es precisa y completa según mi mejor conocimiento. Entiendo que ocultar o proporcionar información inexacta puede afectar mi plan de tratamiento y resultados. Acepto notificar a la clínica de cualquier cambio en mi estado de salud o medicamentos.

Confirmo que he leído y comprendido la información anterior y doy mi consentimiento informado.

He leído y comprendo la información anterior: _____

Firma

Fecha

Nombre en letra de imprenta

Fecha *

DD / MM / AAAA

Este formulario fue proporcionado gratuitamente por Consentify

Consentify convierte formularios como este en consentimiento digital que tus clientes firman en su teléfono mediante código QR — con PDFs automáticos, alertas de contraindicaciones y almacenamiento cifrado. Plan gratuito disponible en <https://getconsentify.com>.

Solo plantilla. Revisa con tu propio profesional con licencia o asesor legal antes de usar; los requisitos varían según la jurisdicción y la práctica.