

Komprehensibong Pagsusuri ng Pasyente

Buong anyo ng pagsusuli ng pasyente na may impormasyon tungkol sa demograpiya, kasaysayan ng sakit, mga gamot, at alerhiya para sa mga pasyente ng medikal na spa

Impormasyon ng Kliyente

Unang Pangalan *

Apelyido *

Adres ng Email *

Numero ng Telepono *

Araw ng Kapanganakan *

MM / DD / YYYY

Impormasyon sa Demograpiya

Kasarian *

☐ Babae

☐ Lalaki

☐ Hindi Binary

☐ Mas gusto naming hindi sabihin

Tirahan *

Lungsod *

Estado/Lalawigan *

Zip Code *

Pangalan ng Kontaktong Pang-emergency *

Telepono ng Kontaktong Pang-emergency *

Kasaysayan ng Medikal

Mayroon ba o nagkaroon na ba kayo ng alinman sa mga sumusunod na kondisyon?

- ☐ Sakit na Autoimmune (Lupus, Rheumatoid Arthritis, atd.)
- ☐ Karamdaman sa pag-dugo o koagulasyon
- ☐ Diabetes (Type 1 o Type 2)
- ☐ Sakit sa puso o kondisyon ng puso
- ☐ Mataas na presyon ng dugo
- ☐ Sakit ng thyroid
- ☐ Karamdaman sa convulsion / Epilepsy
- ☐ Hepatitis B o C
- ☐ HIV / AIDS
- ☐ Kanser (kasalukuyan o nakaraan)
- ☐ Tendensya sa pagbuo ng keloid scarring
- ☐ Kalagayan ng balat (Eczema, Psoriasis, Rosacea)
- ☐ Pantal sa bibig / Herpes simplex
- ☐ Wala sa mga nakaraang

Kung "oo" sa alinman sa nakaraang, magbigay ng mga detalye

Nakabuntis o nagpapasuso ba kayo ngayon? *

- ☐ Oo ☐ Hindi ☐ Hindi sigurado

Nakatanggap ba kayo ng alinman sa mga sumusunod na paggamot sa nakaraang 12 buwan?

- ☐ Botox / Neurotoxin injections ☐ Dermal fillers ☐ Chemical peel
- ☐ Laser treatment ☐ Microneedling ☐ Facial surgery
- ☐ Wala sa mga nakaraang

Kasalukuyang Mga Gamot at Alerhiya

Ilista ang lahat ng kasalukuyang mga gamot (kasama ang supplements at vitamins)

Kumukonsumo ba kayo ng mga gamot na nagpapalabnaw ng dugo (Aspirin, Warfarin, Ibuprofen, atd.) ngayon? *

- ☐ Oo ☐ Hindi

Kumonsumo ba kayo ng Accutane (isotretinoin) sa nakaraang 6 buwan? *

- ☐ Oo ☐ Hindi

Ilista ang lahat ng kilalang alerhiya (mga gamot, latex, pagkain, atd.) *

Mayroon na ba kayong allergic reaction sa lokal na anesthetic (halimbawa, Lidocaine)? *

☐ Oo ☐ Hindi

Kasalukuyang Pag-aalaga ng Balat

Paano ninyo ilalarawan ang inyong uri ng balat? *

☐ Tuyot ☐ Oily ☐ Combination
☐ Sensitibo ☐ Normal

Ilista ang inyong kasalukuyang mga produktong pangalaga ng balat

Ano ang inyong pangunahing layunin sa paggamot? *

Pahintulot at Pirma

Inaatesta ko na ang impormasyon na ibinigay sa itaas ay tumpak at kumpleto ayon sa aking pinakamahusay na kaalaman. Nauunawaan ko na ang pagkubkob o pagbibigay ng hindi tumpak na impormasyon ay maaaring makaapekto sa aking plano sa paggamot at mga resulta. Sumasang-ayon ako na ipaalam sa klinika ang anumang pagbabago sa aking kalagayan ng kalusugan o mga gamot.

Kinikilala ko na nabasa at nauunawaan ko ang impormasyon sa itaas at nagbibigay ng aking matalinong pahintulot.

Nabasa at nauunawaan ko ang impormasyon sa itaas: _____

Pirma

Petsa

Isulat ang pangalan

Petsa *

MM / DD / YYYY

Ang form na ito ay ibinigay nang libre ng Consentify

Ang Consentify ay nagiging digital consent ang mga form na tulad nito na pinipirmahan ng iyong mga kliyente sa kanilang sariling telepono sa pamamagitan ng QR code — na may awtomatikong PDFs, contraindication flags, at encrypted storage. May libreng plano sa <https://getconsentify.com>.

Template lamang. Suriin kasama ang iyong sariling lisensyadong propesyonal o legal na payo bago gamitin; ang mga kinakailangan ay nag-iiba depende sa jurisdiksyon at sa kasanayan.