Nombre del estudio_____

Formulario y consentimiento para facial

Esto toma unos tres minutos. Tus respuestas van a tu estudio y tu esteticista las lee antes de tu facial.

Sobre ti

¿Qué tratamiento te harás hoy?

☐ Facial ☐ Peeling químico ☐ Micropunción ☐ Dermaplaning ☐ Depilación con cera y azúcar

Tu nombre
Nombre

Apellido

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

Celular

Correo electrónico

Contacto de emergencia

Tu tipo de piel

Tu piel

¿En qué te gustaría trabajar?

☐ Granitos o acné ☐ Resequedad ☐ Grasa ☐ Sensibilidad o enrojecimiento

☐ Manchas o tono disparejo ☐ Textura o poros abiertos ☐ Líneas finas

☐ Nada en particular, quiero relajarme

¿Qué usas ahora en tu piel? (limpiador, sérums, protector solar, productos con receta)

Extracciones

☐ Sí, si mi esteticista las sugiere ☐ Sin extracciones, por favor

Productos con aroma

☐ Los productos con aroma están bien ☐ Solo productos sin aroma, por favor

Preguntas de salud

Estas preguntas son política del propio estudio. Ayudan a tu esteticista a planear una cita segura. No son consejo médico: si tienes una duda sobre tu salud o tus medicamentos, pregúntale a tu médico.

¿Estás embarazada o amamantando?

☐ Sí ☐ No

¿Has tomado isotretinoína (Accutane u otro medicamento parecido para el acné) en los últimos 6 meses?

☐ Sí ☐ No

¿Cuándo lo dejaste?

¿Has usado retinol, un retinoide con receta (como tretinoína, adapaleno o tazaroteno) o un ácido exfoliante en tu cara en los últimos 7 días?

☐ Sí ☐ No

¿Qué producto y cuándo lo usaste por última vez?

¿Te has hecho un peeling químico, micropunción, láser, depilación con cera u otro tratamiento de la piel en tu cara en los últimos 14 días?

☐ Sí ☐ No

¿Qué tratamiento y cuándo?

¿Te has aplicado inyecciones de neuromoduladores (como Botox) o rellenos en la zona en los últimos 14 días?

☐ Sí ☐ No

¿Tienes alguna condición de la piel en o cerca de tu cara, como eczema, psoriasis, rosácea, dermatitis o una herida o sarpullido abierto?

☐ Sí ☐ No

¿Qué es?

¿Te da herpes labial (fuegos o calenturas)?

☐ Sí ☐ No

¿Cuándo fue el último?

¿La zona está quemada por el sol, o la has bronceado (sol, cama de bronceado o autobronceador) en los últimos días?

☐ Sí ☐ No

¿Tienes alergia o sensibilidad a algún ingrediente para la piel, perfume, nueces, látex o aspirina?

☐ Sí ☐ No

¿A cuáles y qué te pasó?

¿Tomas algún medicamento que vuelva tu piel sensible al sol, como algunos antibióticos o medicamentos para el acné?

☐ Sí ☐ No

¿Cuáles?

¿Tienes un marcapasos, un desfibrilador u otro aparato electrónico implantado, o implantes de metal en la cara?

☐ Sí ☐ No

¿Cuál?

¿Algo más sobre tu salud que deba saber tu esteticista?

Lo que aceptas

Qué esperar

Un facial puede incluir limpieza, vapor, exfoliación, extracciones, mascarillas, masaje y aparatos. Mi esteticista me dice qué piensa usar, y puedo decir que no a cualquier paso.

Iniciales

Riesgos

Es normal un poco de enrojecimiento por unas horas. Las extracciones pueden dejar marcas por uno o dos días, y cualquier producto puede causar irritación, granitos o una reacción alérgica. Si mi piel reacciona, me comunicaré con el estudio, y con mi médico si es una duda médica.

Iniciales

Resultados

Los resultados varían de una persona a otra y de una visita a otra. El estudio no promete ningún resultado en particular ni un número de visitas.

Iniciales

Mis respuestas

Respondí las preguntas de salud con la verdad. Le avisaré a mi esteticista antes de mi cita si algo cambia.

Iniciales

Detenerse
Puedo pedirle a mi esteticista que se detenga en cualquier momento, y mi esteticista puede detener o cambiar el servicio si mi piel reacciona.

Iniciales _____

Fotos de tus resultados

Política de citas
Avisa al estudio con al menos 24 horas de anticipación para cambiar o cancelar tu cita. Si llegas tarde, tu cita puede ser más corta para que el siguiente cliente empiece a tiempo.

Iniciales _____

el estudio usa tus respuestas de salud solo para hacer tu cita de forma segura y para guardar los registros que pide la ley. Nunca se usan para publicidad ni se venden. Se guardan cifradas, y cada vez que alguien del estudio las abre queda registrado.

Tu firma _____ **Fecha** _____

Nombre en letra de molde _____

Solo para el estudio (Para el estudio)

Notas del tratamiento

Productos usados

Aparatos usados
☐ Vapor ☐ Alta frecuencia ☐ Microcorriente ☐ Luz LED ☐ Espátula ultrasónica ☐ Ninguno

Extracciones hechas
☐ Ninguna ☐ Algunas ☐ Completas

Fotos de antes y después

Adjunta una copia a este formulario