

Fecha de hoy:		Número de Record:	
<b>INFORMACION DEL CLIENTE</b>			
Nombre:		Apellido:	Teléfono Celular: (    )
Teléfono Residencial: (    )		Edad:	Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Correo electrónico	Fecha de Nacimiento /    / Mes    Día    Año		
<b>Dirección:</b>			
Urbanización o Condominio	Número y Calle	Apartamento	
Ciudad:	Estado:	ZIP Code:	Área(s) a Tratarse:
Ocupación:	Lugar de Trabajo:		Teléfono Trabajo: (    )
Otros miembros de su familia que son clientes de ABA:			

<b>HISTORIAL MEDICO</b>					
1. ¿Tiene algún familiar con exceso de vellos (hirsutismo)?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	4. Este medicamento, ¿le hace más sensitivo a la luz y/o al calor?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
2. ¿Está tomando hormonas o pastillas anticonceptivas?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	5. ¿Ha sido sometido(a) a alguna cirugía?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
3. ¿Está tomando algún medicamento?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<b>Para las féminas:</b> 6. Sus periodos menstruales, ¿son regulares?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Nombre del medicamento			7. Sus periodos menstruales, ¿son no existentes?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
			8. ¿Está actualmente embarazada?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
9. ¿Utiliza algunos de estos métodos en la actualidad? (indique todos los que apliquen) <input type="checkbox"/> Pinzas <input type="checkbox"/> Cera <input type="checkbox"/> Método adicional    ¿Cuál? _____					
10. En la actualidad, ¿está utilizando? (indique todos los que apliquen): <input type="checkbox"/> Hidroquinona <input type="checkbox"/> Retin A <input type="checkbox"/> Antibióticos    ¿Por cuánto tiempo? _____					
11. ¿Ha utilizado Acutane en los pasados seis (6) meses? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
12. Indique la cirugía(s): _____					
12. ¿Padece de alguna de las siguientes condiciones?:					
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Problemas de cicatrización	<input type="checkbox"/> Dermatitis	<input type="checkbox"/> Eczema	
<input type="checkbox"/> Hematomas	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Fumador(a)	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Estrés excesivo	
<input type="checkbox"/> Problemas de circulación	<input type="checkbox"/> Desbalances Hormonales	<input type="checkbox"/> Lupus	<input type="checkbox"/> HIV positivo	<input type="checkbox"/> Alergias	
<input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón	<input type="checkbox"/> Keloides	<input type="checkbox"/> Herpes	<input type="checkbox"/> Vitíligo	<input type="checkbox"/> Psoriasis	
<input type="checkbox"/> Rosacea	Otras:				



## ABA BEAUTY LOUNGE FORMULARIO DE CLIENTE - ELECTRÓLISIS

### Información Relacionada al Tratamiento de ELECTRÓLISIS:

- Beneficios:** La Electrólisis es un método de depilación permanente aprobado por la FDA. Este método NO es inmediato, se logra poco a poco.
- Tratamientos Necesarios:** El vello que se trabaja hoy, no muere de la primera vez, va a volver a salir pero más débil. La cantidad de tratamientos va a depender de factores como: tipo de piel, tipo de vello, tolerancia al tratamiento, seguimiento adecuado y condiciones médicas presentes. Un tratamiento total puede durar de 1 a 2 años aproximadamente.
- Efectos Secundarios:** El tratamiento de electrólisis podría causar inflamación peri folicular, "granos de pus" y cascaritas, entre otros.
- Precauciones:**
  - Favor de informar a su técnica de cualquier medicamento que esté tomando
  - Tomar agua de manera que mantenga su piel hidratada.
  - Mantener la piel limpia.
  - No utilizar pinzas, ceras o cremas depilatorias.
  - No utilizar abrasivos en el área a trabajar durante las 24 horas antes y las 24 horas después del tratamiento de electrólisis.
  - No combinar la electrólisis con otros tratamientos (por ejemplo: micro dermoabrasión, peelings, faciales, etc.)
  - No aplicar humectantes, maquillajes o cualquier producto que tape el poro.

### TRATAMIENTOS PREVIOS

- ¿Se ha realizado tratamientos de electrólisis previamente? \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO
- ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_
- ¿Qué método de depilación utilizabas en el área que deseas trabajarte? \_\_\_\_\_

### EN CASO DE EMERGENCIA

Favor de notificar a (nombre):	Relación		Teléfono de Contacto
	Firma del Padre/ Madre o Guardián autorizado	( )	( )

### FIRMA DEL CLIENTE

No hago responsable a ABA Beauty Lounge de cualquier efecto secundario que pueda ocurrir durante o después del tratamiento y estoy de acuerdo en someterme al mismo. El dinero que pague por servicios recibidos o por recibir en ABA Beauty Lounge (prepagos) no es reembolsable.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente(a) o Guardián autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

### Solo Para Uso Interno

S = \_\_\_\_\_

O = \_\_\_\_\_

R = \_\_\_\_\_

Firma de la Técnica:

Fecha:



## ABA BEAUTY LOUNGE AUTORIZACIONES Y ACUERDOS

### Fotografías y Videos

Entiendo que es necesario que ABA Beauty Lounge tome fotografías del área a ser trabajada en electrólisis o en depilación láser para monitorear el progreso de mi tratamiento. Autorizo a que fotografías, vídeos, fotografías digitales y otras imágenes sean tomadas y/o grabadas para documentar mi tratamiento de Láser o Electrólisis. Entiendo que ABA Beauty Lounge retendrá y es dueña de estas fotografías, vídeos, fotografías digitales y otras imágenes pero las mismas solo serán utilizadas para propósitos de documentación de mi récord de cliente de ABA Beauty Lounge. En ningún momento dichas fotos serán publicadas ni utilizadas para comunicarlas al público. Entiendo que estas imágenes serán archivadas en una forma segura y protegiendo mi privacidad. Imágenes que podrían identificarme no serán utilizadas fuera de esta empresa, a menos que cuenten con mi autorización escrita.

Nombre del Cliente:

Firma del Cliente:

Fecha:

### Confirmaciones de Citas

Con el propósito de ofrecerle la mayor opción de horas disponibles para que nuestra clientela pueda realizarse sus tratamientos de depilación, ABA Beauty Lounge :

1. Confirmará su cita uno o dos días antes de la misma para lo cual necesitamos su información de contacto. Si no podemos comunicarnos con usted, se le dejará un mensaje con la persona o grabadora que conteste. Le solicitamos que nos conteste confirmando o cancelando su cita por el método que mas conveniente sea para usted (teléfono, mensaje de texto o correo electrónico).
2. Si un cliente se ausenta a dos citas consecutivas sin previo aviso de cancelación, ABA Beauty Lounge cancelará todas las citas reservadas del cliente.

### Promociones y Confirmaciones de Citas

Entiendo que ABA Beauty Lounge posee mi información de contacto tales como teléfonos, correos electrónicos, y dirección postal, entre otros. Autorizo a ABA Beauty Lounge a contactarme de la siguiente manera:

#### Para confirmación de citas:

- Por teléfono
- Por texto
- Por correo electrónico

#### Para envíos de ofertas y material promocional:

- Por teléfono
- Por texto
- Por correo electrónico
- No autorizo a ABA Beauty Lounge a enviar información promocional ni ofertas

Nombre del Cliente:

Firma del Cliente:

Fecha: