

Fecha de hoy:		Número de Record:	
INFORMACION DEL CLIENTE			
Nombre:		Apellido:	Teléfono Celular: ()
			Teléfono Residencial: ()
Correo electrónico	Fecha de Nacimiento / / Mes Día Año	Edad:	Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dirección:			
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:			

HISTORIAL MEDICO					
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?	
2. ¿Está tomando hormonas o pastillas anticonceptivas?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	5. ¿Ha sido sometido(a) a alguna cirugía?	
3. ¿Está tomando algún medicamento?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Para las féminas: 6. Sus periodos menstruales, ¿son regulares?	
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): _____ ¿Hace cuánto tiempo? _____					

13. ¿Cómo cataloga su piel al exponerse al sol?	<input type="checkbox"/> Se pone roja y nunca broncea	<input type="checkbox"/> Se pone roja y broncea a veces	<input type="checkbox"/> Se pone moderadamente roja, broncea gradualmente
	<input type="checkbox"/> Rara vez se pone roja, siempre broncea bien	<input type="checkbox"/> Rara vez se pone roja, obtiene bronceado profundo	<input type="checkbox"/> Nunca se pone roja, piel oscura



14. ¿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:			

Información Relacionada al Tratamiento de Depilación Laser:

1. **Beneficios:** reducción significativa de vellos de forma tolerable, rápida y costo efectivo
2. **Tratamientos Necesarios:** Se recomiendan cinco (5) Tratamientos Iniciales. Una vez completados estos tratamientos, el cliente pasa a visitas de seguimiento a través de Retoques. La cantidad de Retoques varía por persona y por área del cuerpo a tratarse.
3. **Efectos Secundarios:** El tratamiento de depilación laser puede causar alguna molestia en la piel, cambios en pigmentación, cicatrices, enrojecimiento y/o quemaduras.
4. **Precauciones:**
 - a. El tratamiento de depilación laser puede ser realizado de 3 semanas luego de haber tomado sol.
 - b. El vello no debe ser decolorado antes de un tratamiento de depilación laser.
 - c. Si está utilizando antibióticos, se debe esperar al menos una semana después de haber terminado los mismos para recibir tratamiento de depilación laser.

EN CASO DE EMERGENCIA		
Favor de notificar a (nombre):	Relación	Teléfono de Contacto
	Firma del Padre/ Madre o Guardián autorizado	()
	()	()
FIRMA DEL CLIENTE		
<p>He recibido una orientación verbal detallada de todos los beneficios del tratamiento con rayos láser para depilación. De la misma forma se me ha informado de todos los posibles efectos secundarios que podrían suceder al someterme al mismo. Entiendo que el tratamiento con rayos Laser para depilación no es garantizado por Aba Depilación Láser ni por la FDA (Food and Drug Administration) como uno de depilación permanente.</p> <p>No hago responsable a Aba Depilación Láser 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 Depilación Láser (prepagos) no es reembolsable.</p>		
_____	_____	_____
Firma del cliente(a) o Guardián autorizado		Fecha

PRUEBA: Solo Para Uso Interno										
Área de Prueba	Fecha	M	S	R	Spot Size	Energía	Largo Pulso	DCD	#M	Técnica

S = _____

O = _____

R = _____



ABA DEPILACIÓN LÁSER INFORMACION SOBRE TRATAMIENTOS DEPILACION LASER

Advertencias antes del Tratamiento

1. No tomar sol antes de cada tratamiento
2. No utilizar cera o pinzas de 2 a 6 semanas antes del tratamiento de depilación laser
3. No utilizar cera o pinzas en ningún momento durante el tratamiento de depilación laser.
4. Si esta tomando algún medicamento o recibiendo tratamiento en el área del cuerpo a ser trabajada, debe notificarlo a su técnica.
5. De encontrarse embarazada, durante el periodo de gestación NO podrá realizarse el tratamiento con depilación láser.

Cuidados después del Tratamiento

1. Usted pudiera tener alguna molestia moderada en el área tratada.
2. Luego de la sesión de tratamiento, el área se verá roja e inflamada. Esta reacción usualmente puede durar hasta de 24 a 72 horas.
3. Debe aplicar una compresa fría de una (1) a dos (2) veces al día por 20 minutos de ser necesario.
4. Es de suma importancia que NO exponga su piel al sol ni antes ni después del tratamiento. Es importante además utilizar bloqueador solar en todo momento que sea necesario.

Posibles Efectos Secundarios del Tratamiento:

1. Cualquier efecto secundario va a depender del tipo de piel de cada cliente.
2. El efecto secundario más común es hiper-pigmentación (aumento de color) o hipo-pigmentación (disminución de color). Ambos efectos usualmente son temporeros y pueden tomar de uno (1) a doce (12) meses en desaparecer.
3. Pudieran aparecer ampollas (*blisters*) o cascaritas (*scabbing*) en áreas sensitivas como la línea del bikini y el cuello.
4. No aplicar maquillaje después del tratamiento.
5. No aplicar ningún tipo de crema después del tratamiento. Esto podría causar alguna reacción alérgica o salpullido del área trabajada. Puede consultar con su técnica sobre cremas luego del tratamiento.
6. Al lavarse el área trabajada, evitar usar algún jabón abrasivo.

Cualquier duda no dude en llamar a cualquiera de nuestras oficinas:

Río Piedras 787-250-8256

Condado 787-721-9221

Certifico que mis preguntas acerca del procedimiento han sido contestadas satisfactoriamente. He entendido el procedimiento y acepto los riesgos que el mismo conlleva. No hago responsable a ABA Depilación Láser de ningún efecto secundario que pueda ocurrir durante o después del tratamiento y estoy de acuerdo en someterme el mismo.

Nombre del Cliente:

Firma del Cliente:

Fecha:

Técnica:



ABA DEPILACIÓN LÁSER AUTORIZACIONES Y ACUERDOS

Fotografías y Videos

Entiendo que es necesario que ABA Depilación Láser tome fotografías del área a ser trabajada en electrólisis o en depilación láser para monitorear el progreso de mi tratamiento. Autorizo a que fotografías, videos, fotografías digitales y otras imágenes sean tomadas y/o grabadas para documentar mi tratamiento de Láser o Electrólisis. Entiendo que ABA Depilación Láser retendrá y es dueña de estas fotografías, videos, fotografías digitales y otras imágenes, pero las mismas solo serán utilizadas para propósitos de documentación de mi récord de cliente de ABA Depilación Láser. 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 Depilación Láser:

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 Depilación Láser cancelará todas las citas reservadas del cliente.

Promociones y Confirmaciones de Citas

Entiendo que ABA Depilación Láser posee mi información de contacto tales como teléfonos, correos electrónicos, y dirección postal, entre otros. Autorizo a ABA Depilación Láser 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 Depilación Láser a enviar información promocional ni ofertas

Nombre del Cliente:

Firma del Cliente:

Fecha: