

Fecha de hoy:		Número de Record:	
INFORMACION DEL CLIENTE			
Nombre:		Apellido:	Teléfono Celular:
			()
Teléfono Residencial:		Teléfono Celular:	Teléfono Residencial:
		()	()
Correo electrónico		Fecha de Nacimiento	Edad:
		Mes / Día / Año	
		Género:	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	5. 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	6. ¿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	Para las féminas: 7. Sus periodos menstruales, ¿son regulares?	
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Nombre del medicamento			8. Sus periodos menstruales, ¿son no existentes?		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
4. ¿Ha utilizado Acutane en los pasados seis (6) meses?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	9. ¿Está actualmente embarazada?	
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
10. ¿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? _____					
11. 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? _____					
12. ¿Ha sido sometido a alguna cirugía?					
Indique la cirugía(s): _____ ¿Hace cuánto tiempo? _____					
13. ¿Padece de alguna de las siguientes condiciones? <i>Marque todas las que apliquen.</i>					
<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"/> Lupus	<input type="checkbox"/> Desbalances Hormonales	<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"/> Vitiligo	<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

- | | | |
|---|----|----|
| 1. ¿Se ha realizado tratamientos de electrólisis previamente? | SI | NO |
| 2. ¿Por cuánto tiempo? _____ | | |
| 3. ¿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

¿CÓMO SUPO DE ABA DEPILACION LASER?

Gracias por visitarnos en ABA Depilación Láser

Agradeceremos complete la información solicitada a continuación y de esa manera ayudarnos a continuar sirviéndole mejor.

¿Cómo supo de ABA Beauty Lounge? *Por favor, marque todas las que apliquen.*

Referido por alguien conocido

Nombre de quien le refirió

Referido por un médico

Nombre del médico que le refirió

Otro. Especifique por favor.

aba.pr

Banners entrada del Mall

Billboards

Facebook

Instagram

Internet/ Google

Vi el local



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.
3. Cualquier cita que a las 6:00pm del día antes de la cita programada no haya sido confirmada por el cliente será cancelada automáticamente por el sistema. Para lograr esta confirmación, ABA realizará un envío de mensaje de texto y una llamada telefónica al cliente dentro de un periodo de 24 a 48 horas antes de la cita.

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

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: