Nombre del estudio _____

Consentimiento y formulario de salud para depilación láser

Esto toma unos cuatro minutos. Cubre tu serie de tratamientos; antes de cada sesión posterior respondes una revisión corta.

Sobre ti

Tu nombre
Nombre

Apellido

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

Celular

Correo electrónico

Dirección
Dirección

Ciudad, estado, código postal

Foto de tu identificación

Adjunta una copia de la identificación con foto a este formulario

Contacto de emergencia

Tu tipo de piel

Tu tratamiento

¿Qué zonas?

☐ Bigote ☐ Barbilla y mandíbula ☐ Otra zona de la cara ☐ Cuello ☐ Axilas ☐ Brazos
☐ Pecho ☐ Abdomen ☐ Espalda ☐ Línea del bikini ☐ Piernas ☐ Otro lugar

El color natural de tu vello en esas zonas

☐ Negro ☐ Castaño oscuro ☐ Castaño claro ☐ Rubio ☐ Pelirrojo ☐ Canoso o blanco

Preguntas de salud

Estas preguntas son política de la propia clínica. Ayudan a tu técnico a planear un tratamiento seguro. 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?

¿Tomas algún medicamento o suplemento que haga tu piel sensible a la luz, como algunos antibióticos, medicamentos para el acné o la hierba de San Juan?

☐ Sí ☐ No

¿Cuáles?

¿Alguna vez te pusieron inyecciones de oro o tomaste tabletas de oro (un tratamiento antiguo para la artritis)?

☐ Sí ☐ No

¿Alguna vez tuviste una convulsión provocada por luces intermitentes?

☐ Sí ☐ No

¿Te has bronceado, usado autobronceador o quemado con el sol en la zona en las últimas 2 semanas?

☐ Sí ☐ No

¿Tomas anticoagulantes, o aspirina, ibuprofeno o aceite de pescado con frecuencia?

☐ Sí ☐ No

¿Cuáles?

¿Tienes diabetes?

☐ Sí ☐ No

¿Tienes alguna condición o tomas algún medicamento que haga más lenta la cicatrización o afecte tu sistema inmunológico?

☐ Sí ☐ No

Cuéntanos un poco más.

¿Te quedan cicatrices con facilidad o se te forman cicatrices abultadas (queloides)?

☐ Sí ☐ No

¿Tienes alguna condición de la piel, herida abierta o sarpullido en la zona o cerca, como eczema, psoriasis o vitíligo?

☐ Sí ☐ No

¿Cuál?

¿Hay algún lunar, marca de nacimiento o mancha en la zona o cerca que haya cambiado, o has tenido cáncer de piel ahí?

☐ Sí ☐ No

Cuéntanos un poco más.

¿Te da herpes labial (fuegos o calenturas)?

☐ Sí ☐ No

¿Te has depilado con cera, pinzas, hilo o depiladora eléctrica en la zona en las últimas 4 semanas?

☐ Sí ☐ No

¿Tienes alguna condición hormonal, como el síndrome de ovario poliquístico, que afecte el crecimiento del vello?

☐ Sí ☐ No

¿Tienes tatuajes o maquillaje permanente en la zona?

☐ Sí ☐ No

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

Lo que aceptas

Reducción del vello

La depilación láser reduce el vello en una serie de sesiones, con 4 a 6 semanas entre cada una (la clínica lo fija). Funciona sobre el vello mientras está creciendo, así que necesito varias sesiones, y los resultados varían según la piel, el color del vello y las hormonas. La clínica no puede prometer que todo el vello desaparezca para siempre.

Iniciales ☐

Vello claro

El vello rubio, pelirrojo, canoso o blanco responde poco o nada.

Iniciales ☐

Antes de cada sesión

Me rasuraré la zona antes de cada sesión y no me depilaré con cera, pinzas ni hilo entre sesiones.

Iniciales

Después de cada sesión
El enrojecimiento y pequeñas ronchas, como una quemadura de sol leve, pueden durar uno o dos días. El vello tratado se cae en las semanas siguientes.

Iniciales

Riesgos
Los riesgos incluyen quemaduras, ampollas, manchas más claras u oscuras y, rara vez, cicatrices. Broncearse antes o después de una sesión aumenta estos riesgos.

Iniciales

Protección de los ojos
Todos en la sala usan protección para los ojos mientras el láser está encendido. Mantendré la mía puesta hasta que el técnico diga que es seguro quitármela.

Iniciales

Mis respuestas
Respondí las preguntas de salud con la verdad. Le avisaré a la clínica antes de cada sesión si algo cambia.

Iniciales

Alcohol y drogas
No estoy bajo los efectos del alcohol ni de drogas.

Iniciales

Paquete y citas
Las sesiones de un paquete se usan una por tratamiento. Para cambiar una cita avisa con al menos 48 horas de anticipación; si faltas sin avisar, se descuenta una sesión de tu paquete.

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

Para el técnico (Para el estudio)

Notas del tratamiento

Tipo de piel confirmado por el técnico

☐ Tipo 1 ☐ Tipo 2 ☐ Tipo 3 ☐ Tipo 4 ☐ Tipo 5 ☐ Tipo 6

Número de sesión en la serie

Zona tratada en esta sesión

Equipo

Longitud de onda

☐ 755 nm (alejandrita) ☐ 810 nm (diodo) ☐ 1064 nm (Nd:YAG) ☐ IPL (luz pulsada) ☐ Otra

Fluencia

Tamaño del punto

Frecuencia

Pasadas

Duración del pulso

Enfriamiento usado

Respuesta de la piel

☐ Enrojecimiento e hinchazón alrededor de los folículos ☐ Enrojecimiento general ☐ Sin respuesta visible

Prueba en un punto

Fotos de la sesión

Adjunta una copia a este formulario