

INFORMACIÓN DEL CLIENTE e HISTORIAL MÉDICO

Para proveer de usted el tratamiento médico más apropiado, termine por favor el cuestionario siguiente tan exacto como sea posible. Toda la información es terminantemente confidencial.

Historia personal

Nombre _____ Fecha _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Ocupacion _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado ____ Codigo Postal _____

Teléfono casero() _____ Celular() _____ Tel. Trabajo () _____

Nombre y Numero del contacto de emergencia: _____

¿Cómo oyo de nosotros?

___ El Paso Times

___ Internet

___ The El Paso Scene

___ TV-Canal 9

___ Revista-TV y Mas

___ TV-Telemundo

___ Ft. Bliss Monitor

___ TV-Televisa

___ Recomendado pro otra persona

___ TV-Cable

___ Otro: _____

Historial médico

¿Está usted actualmente bajo el cuidado de un médico? ___ Si ___ No

Si sí, para qué: _____

¿Usted tiene algunas de las siguientes condiciones médicas? Marque todas las que apliquen.

___ Cancer

___ Diabetes

___ Alta Presion de la Sangre

___ Herpes

___ Arthritis

___ Herpes (Fuegos)

___ HVI/SIDA

___ Enfermedad de la piel

___ Hepatitis

___ Desequilibrio Hormonal

___ Desequilibrio del Tiroides

___ Abnormalidades de Coagulación de Sangre

___ Alguna Infección Activa

¿Usted tiene otros problemas de salud o condiciones médicas? Si es así, por favor indíquelos.

¿Usted ha tenido alguna vez una reacción alérgica al las siguientes cosas? Si es así explique por favor la reacción que usted experimentó. Comida Látex Aspirina Lidocaína Keflex

Otras: _____

Usted en su vida a fumado cigarros? Si No

Cuando fue la ultima vez que fumo? _____

Medicamentos

¿Qué medicaciones orales usted está tomando actualmente? _____

¿Está usted tomando anti-depresivos? _____

¿Usted utiliza suplementos naturales regularmente? ¿Si es así que?

Historia

¿Usted forma cicatrices densas o levantadas en resultado de cortadas o de quemaduras? Si No

¿Usted tiene Hyperpigmentation (el oscurecer de la piel) o Hypopigmentation (aligeramiento de la piel) o marcas después de trauma físico? Si No

Si sí, describa por favor: _____

Para pacientes femeninas:

¿Esta usted embarazada o intenta llegar a ser embarazada? Si No

¿Esta usted tomando algun contraceptivo? Si No

Certifico que TODA la información precedente es verdad y correcta. Estoy enterado que es mi responsabilidad informar al técnico, esthetician, al therapista, al doctor o a la enfermera mis condiciones médicas y poner al día esta informacion. Un historial médico actual es esencial para que el medico ejecute procedimientos apropiados del tratamiento.

Firma _____

Fecha _____



Consentimiento de Fotos

Esta forma del consentimiento autoriza a Dr. Jabour y Southwest Liposculpture para utilizar sus fotografías para la comercialización, la educación, enseñanza o investigación medica. Bajo ninguna circunstancia se usara su nombre en el material. De ninguna manera influenciara su denegación a consentir el uso de estas fotografías para la comercialización, la educación, la enseñanza o la investigación medica.

Yo, _____ entiendo que las fotografías tomadas de mí serán utilizadas para los expedientes médicos y si en el juicio del profesional médico, tambien podran ser usadas para la comercialización, investigación, educación o ciencia medica. Cualesquiera fotografías e información referente a mi caso se pueden publicar y republicar, por separado o conjuntamente, en diarios profesionales , en la comercialización, la educación, o la investigación medica.

Renuncio a los derechos para poder reclamar alguna recompensa con respecto a cualquier exposición, o publicación de estas fotografías.

Entiendo que el consentimiento precedente está conforme a la limitación siguiente:
Bajo ningunas circunstancias cualquier publicación, video, o material exhibido contendra mi nombre a menos que sea divulgado voluntariamente por mí.

Firma del paciente

Nombre impreso

Firma del testigo

Fecha

O'

Yo, _____ solamente doy consentimiento para que mis fotografias sean utilizadas para los propósitos médicos. Seran usadas solamente para mi archivo y seran guardadas para repasar y supervisar mi progreso.

Firma del paciente

Nombre impreso

Firma del testigo

Fecha