

# 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 \_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono casero( ) \_\_\_\_\_ Celular( ) \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo ( ) \_\_\_\_\_

Nombre y Numero del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

¿Cómo oyo de nosotros?

\_\_\_ North County Times                      \_\_\_ TV-Univision

\_\_\_ San Diego Reader                      \_\_\_ TV-Cox Cable

\_\_\_ El Latino                      \_\_\_ Internet

\_\_\_ Military Press

\_\_\_ Navy Dispatch

\_\_\_ 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

