

Nombre:_____

DOB:_____

Domicilio:_____

Correo electrónico:_____

Referido por:_____

Gracias por completar nuestro cuestionario de salud antes de recibir tu tratamiento estético en la Clínica Cunningham. Tu profesional de la salud revisará tu historial médico completo, incluyendo medicamentos, alergias, cirugías y afecciones médicas, antes de tu tratamiento. Estas son preguntas adicionales diseñadas específicamente para garantizar los mejores resultados posibles en las intervenciones estéticas.

Principales preocupaciones:

¿QUÉ PROCEDIMIENTOS O TRATAMIENTOS MÉDICO-ESTÉTICOS TE INTERESAN? (marca todas las opciones que correspondan)

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Botox/Daxxify para reducción de arrugas | ☐ Botox/Daxxify para sudoración excesiva | ☐ Sculptra para estimulación del colágeno |
| ☐ Acné y/o cicatrices quirúrgicas | ☐ Rellenos dérmicos (Juvederm, RHA) | ☐ Reafirmación de piel con Morpheus8 |
| ☐ Cuidado de la piel de grado farmacéutico | ☐ Depilación láser | ☐ DEJ Biostim: Bioestimulador Tópico |
| ☐ Restauración capilar | ☐ IPL | ☐ Ojeras |

¿Tiene antecedentes de? (Marque todas las opciones que correspondan)

- | | | |
|---|-------------------------------|-----------------------------|
| ☐ Enfermedad autoinmune | ☐ Melasma | ☐ Otros |
|---|-------------------------------|-----------------------------|

Si respondiste a la opción "otro", por favor, especifica aquí:

Medicamentos actuales:

Alergias a medicamentos (si las hay):

EVALUACIÓN DE SEGURIDAD PARA TODOS LOS CLIENTES DE TRATAMIENTOS ESTÉTICOS	Si	No
Bronceado reciente o planeado (al sol o con spray)	☐	☐
Vacuna recibida recientemente o prevista para las próximas dos semanas	☐	☐
Tratamientos dentales recientes o programados (cualquier procedimiento que requiera anestesia)	☐	☐

Si respondiste “sí” a las preguntas anteriores, indica la última fecha:

Actualmente uso lo siguiente:

- | | |
|--|----------------------------------|
| ☐ Productos para el cuidado de la piel de calidad farmacéutica | ☐ Retinol |
| ☐ Productos para el cuidado de la piel de venta libre | ☐ Vitamina C |

Por favor, enumera los productos para el cuidado de la piel que estás usando:

¿QUÉ PROCEDIMIENTOS O TRATAMIENTOS HA RECIBIDO ANTERIORMENTE?

- | | |
|--|--|
| ☐ Botox/Daxxify | Por favor, indica la última fecha_____ |
| ☐ Rellenos dérmicos | Por favor, indica la última fecha_____ |
| ☐ Reafirmación cutánea con Morpheus8 | Por favor, indica la última fecha_____ |
| ☐ Microagujas para la restauración capilar | Por favor, indica la última fecha_____ |
| ☐ Otros tratamientos con láser | Por favor, indica la última fecha_____ |