

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  Hombre  Mujer

Dirección \_\_\_\_\_  
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal) (Zip)

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ **Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_

Número de Celular: \_\_\_\_\_

Toda información será confidencial y solo utilizada para comunicarnos con usted. Nos gustaría tener su correo electrónico para recordarle de citas y promociones

Número de Trabajo: \_\_\_\_\_

Lugar de Empleo \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de Physician's Plan?  Internet  Televisión  Facebook  E-mail  
 Amigo / Familiar \_\_\_\_\_  
 Otro \_\_\_\_\_

**HISTORIAL MEDICO**

- Si  No ¿Está bajo el cuidado de un médico?
- Si  No ¿Está tomando algún medicamento? Nombre y dosis \_\_\_\_\_
- Si  No ¿Fuma?
- Si  No ¿Usted ha tenido herpes labial (fuego labial / ampollas de fiebre)?
- Si  No ¿Es usted lento para sanar de una lesión o procedimiento médico?
- Si  No ¿Alguna vez ha tenido virus de herpes? En caso que si, ¿ ha sido tratado con Denavir® (Penciclovir), Zovirax® (Acyclovir) or Abreva?  Si  No
- Si  No ¿Está en tratamiento para la hepatitis?

**Sólo para mujeres:**

- Si  No ¿Está usted en terapia de reemplazo de las hormonas?
- Si  No ¿Está tomando actualmente anticonceptivos?
- Si  No ¿Está embarazada o amamantando?

**Por favor marque todos los que apliquen:**

- |   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Accutane               | <input type="checkbox"/> Lentes de contacto         | <input type="checkbox"/> Tiroides                | <input type="checkbox"/> Seborreica     |
| <input type="checkbox"/> Acné                   | <input type="checkbox"/> Depresión                  | <input type="checkbox"/> Insomnio                | <input type="checkbox"/> Sensibilidades |
| <input type="checkbox"/> Alergias               | <input type="checkbox"/> Diabetes                   | <input type="checkbox"/> Lupus                   | <input type="checkbox"/> Cáncer de piel |
| <input type="checkbox"/> Artritis               | <input type="checkbox"/> Capilares distendidas      | <input type="checkbox"/> Placas/pernos del metal | <input type="checkbox"/> Cirugías       |
| <input type="checkbox"/> Implantes artificiales | <input type="checkbox"/> Eccema                     | <input type="checkbox"/> Problema de uñas        | <input type="checkbox"/> Bajo peso      |
| <input type="checkbox"/> Asma                   | <input type="checkbox"/> Ampollas de fiebre         | <input type="checkbox"/> Marcapasos              | <input type="checkbox"/> Exceso de peso |
| <input type="checkbox"/> Anticonceptivos        | <input type="checkbox"/> Condición cardíaca         | <input type="checkbox"/> Flebitis                | <input type="checkbox"/> Claustrofobia  |
| <input type="checkbox"/> Trastorno sanguíneo    | <input type="checkbox"/> Hepatitis                  | <input type="checkbox"/> Cirugía plástica        | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA       |
| <input type="checkbox"/> Anticoagulante         | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta/baja | <input type="checkbox"/> Soriasis                | <input type="checkbox"/> Scleroderma    |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                 | <input type="checkbox"/> Pigmentación hiper/hipo    | <input type="checkbox"/> Retin-A™                |   |

## Alergias:

¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica o sensibilidad a alguno de los siguientes?

- |                             |                             |                        |                              |                             |  |
|-----------------------------|-----------------------------|------------------------|------------------------------|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Aspirina o Salicilatos | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Ingredientes o productos de cuidado de la piel |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Leche                  | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Alergias a mariscos o yodo                     |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Manzanas               | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Látex  |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Alergia a cítricos     | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Vitamina A                                     |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Uvas                   | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Perfumes                                       |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Retinols               | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Hydroquinone                                   |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Nueces                 | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Productos a base de alcohol                    |

Si respondió Si a cualquiera de las preguntas anteriores o si tiene otras alergias o sensibilidades NO mencionadas anteriormente, explique: \_\_\_\_\_

## HISTORIA DEL CUIDADO DE PIEL

Si  No ¿Ha visto a un dermatólogo en el último año, Nombre del Médico: \_\_\_\_\_  
Fecha de la última visita: \_\_\_\_\_

### Actualmente está utilizando o ha utilizado en el pasado cualquiera de los siguientes:

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Benzoyl Peroxide (BP) | <input type="checkbox"/> Sulfur            | <input type="checkbox"/> Glycolic Acid (AHA) | <input type="checkbox"/> Vitamina A          |
| <input type="checkbox"/> Lactic Acid (AHA)     | <input type="checkbox"/> Vitamina C        | <input type="checkbox"/> Resorcinol          | <input type="checkbox"/> Hydrocortisone (HC) |
| <input type="checkbox"/> Salicylic Acid (BHA)  | <input type="checkbox"/> Hydroquinone (HQ) |  |  |

### Está experimentando o ha experimentado alguno de los siguientes:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Lesión del acné (Quistes) | <input type="checkbox"/> Pústulas (inflamación) | <input type="checkbox"/> Textura en la piel     |
| <input type="checkbox"/> Cicatrices de acné        | <input type="checkbox"/> Bellos encarnados      | <input type="checkbox"/> Capilares Visibles     |
| <input type="checkbox"/> Puntos negros             | <input type="checkbox"/> Hiperpigmentación      | <input type="checkbox"/> Poros dilatados        |
| <input type="checkbox"/> Puntos blancos            | <input type="checkbox"/> Manchas de sol         | <input type="checkbox"/> Líneas y arrugas finas |
| <input type="checkbox"/> Capilares dilatados       | <input type="checkbox"/> Papilas (inflamadas)   | <input type="checkbox"/> Falta de elasticidad   |

### Por Favor Marque todo lo que aplique con respecto a su tipo de piel:

- |                                 |                                  |                                       |                                   |
|---------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Seca    | <input type="checkbox"/> Muy sensible | <input type="checkbox"/> Acné     |
| <input type="checkbox"/> Madura | <input type="checkbox"/> Grasosa | <input type="checkbox"/> Rosácea      | <input type="checkbox"/> Sensible |

### ¿Ha tenido alguno de los siguientes en los últimos 14 días?

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cirugía Estética Facial | <input type="checkbox"/> Peeling / Exfoliación Química                  | <input type="checkbox"/> Inyección de Botox     |
| <input type="checkbox"/> Extracciones            | <input type="checkbox"/> Inyecciones de colágeno                        | <input type="checkbox"/> Cosméticos permanentes |
| <input type="checkbox"/> Relleno                 | <input type="checkbox"/> Depilación                                     | <input type="checkbox"/> Tratamientos de Luz    |
| <input type="checkbox"/> Depilación con láser    | <input type="checkbox"/> Resurfacing láser                              | <input type="checkbox"/> Microneedling          |
| <input type="checkbox"/> Microdermoabrasión.     | <input type="checkbox"/> Tratamientos al pelo (permanente, tinte, etc.) |   |