

INFORMACION MEDICA

Por favor complete lo siguiente.

Tiene problemas de:

VIH _____

Alta Precion _____

Problemas del Corazon _____

Marcapaso de Corazon _____

Diabetes _____

Ulcera/gastritis _____

Problemas del Hgado _____

Hepatitis _____

Problemas de Tiroide _____

Problemas de Hormonas _____

Problemas de hemorragia _____

Artritis/protesis _____

Lupus _____

Asma _____

Eczema _____

Soriasis _____

Cancer de la Piel _____

Si ha tenido cancer de la piel por favor liste en que parte del cuerpo y en que fecha _____

Nombre _____

Fuma cigarillo? _____

Tiene problemas de cicatricis? _____

Para las damas

Toma pastillas contraceptivas? _____

Esta embarazada? _____

Tiene seguro para prescripciones? _____

ALERGIAS A MEDICINAS? Si o No

Liste las medicinas que toma.

Razon por su visita _____

Le gustaria mas informacion hacerga de:

Botox___ Rellenos faciales___

Facials___ Peels___ Microderm___

Laser para venas___ lunarer___ cicatricis___ manchas___

Tratamiento para varices___

Depilacion con laser___ waxing___