



HISTORIA MÉDICA ESTÉTICA

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Tiene alguno de los siguientes: **Marque sí o no y encierre en un círculo la respuesta.**

Si / No ¿Tiene alguno de estos: Hipertensión, Diabetes, Colesterol Alto, Apnea?

Sí / No ¿Alguna vez ha tenido un trastorno de la coagulación de la sangre, plaquetas bajas o disfunción plaquetaria?

Sí / No ¿Stents cardíacos, bypass o marcapasos, audífonos?

Sí / No ¿Miastenia grave, esclerosis múltiple, esclerosis lateral amiotrófica (ELA), enfermedad de Parkinson?

Sí / No ¿Enfermedad autoinmune, lupus, artritis reumatoide?

Sí / No ¿Historia de herpes labial?

Si / No Historia de Hepatitis B, VIH?

Sí / No ¿Toma anticoagulantes de CUALQUIER tipo? (coumadin, plavix, eliquis, xarelto, pradaxa, aspirina)?

Sí / No ¿Toma aceite de pescado, aceite de linaza, hierba de San Juan, vitamina E, ibuprofeno, Advil, naproxeno?

Sí / No ¿Alguna vez ha tenido cáncer en la cara o el cuello? (incluyendo melanoma, cáncer de células escamosas o de células basales)

Si / No ¿Alguna vez ha tenido alguna cirugía facial?

Sí/No ¿Ha tenido inyecciones de Botox/relleno antes?

Si/ No ¿Alergias a la lidocaína?

Sí / No ¿Está embarazada o amamantando?

ENUMERE OTRAS AFECCIONES MEDICAS NO MENCIONADAS QUE TENGA ACUALMENTE O EN EL PASADO

CIRUGÍAS/PROCEDIMIENTOS _____

ENUMERE MEDICAMENTOS, ANTICONCEPTIVOS O SUPLEMENTOS: (¿ALGUN ACCUTANE, HIDROQUINONA, ÁCIDO GLICÓLICO?)

ALERGIAS:

HISTORIA FAMILIAR:

Firma del paciente _____

Fecha _____