

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

## Consentimiento/Acuerdo General de los Servicios Ambulatorios

Este formulario se aplica a todos los consultorios de Anne Arundel Dermatology. Este formulario debe ser completado por todos los pacientes nuevos, al menos una vez al año para los pacientes establecidos y cada vez que haya cambios en el nombre, la dirección, el teléfono u otra información de seguro del paciente. En cada cita, pregúnteles a los pacientes si hay algún cambio en su información.

**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO:** Doy mi consentimiento para recibir servicios médicos y/o cosméticos proporcionados por los centros de Anne Arundel Dermatology (AADerm). Entiendo que dichos servicios pueden incluir, entre otros, el examen y tratamiento de trastornos de la piel, la criocirugía, biopsias por raspado, biopsias con sacabocados u otras pruebas mínimamente invasivas en las lesiones y el envío de muestras a un laboratorio de patología o de otro tipo para su diagnóstico. Autorizo el examen, el uso, el almacenamiento y la eliminación de todos los tejidos, fluidos o muestras extraídas de mi cuerpo. Reconozco que no se me ha dado ninguna garantía de resultado o curación. Entiendo que podría ser sometido a la prueba del VIH, y tengo el derecho de optar por no hacerlo. Comprendo que se solicitará mi consentimiento para la realización de la prueba del VIH y otras pruebas en caso de exposición involuntaria de un trabajador sanitario.

**ACUERDO FINANCIERO:** Estoy de acuerdo en que en cada cita voy a entregar un comprobante actual y válido de cobertura de seguro, así como una copia de mi licencia de conducir u otra identificación con foto emitida por el estado para confirmación de mi identidad y cobertura. Informaré cualquier cambio en el seguro u otra información personal con prontitud.

Estoy de acuerdo en que, si soy un padre/representante/garante que consiente el cuidado y tratamiento de un menor de edad, soy responsable de sus gastos y recibiré los estados de cuenta. Entendemos que los padres son los representantes legales de sus hijos menores de edad, a menos que demuestren lo contrario presentando los documentos legales en la oficina. Por favor consulte con el gerente de la oficina sobre cualquier duda en relación con el seguro o custodia.

Entiendo que, si no me presento a una cita programada y no notifico al consultorio, pagaré una cuota de INASISTENCIA de \$50.00. Si cancelo mi cita con antelación, o en el día programado, mi cita será reprogramada sin ningún cargo. Si cancelo repetidamente, la tarifa por cancelación puede ser cobrada.

Entiendo que conocer la cobertura de mi seguro es mi responsabilidad y me pondré en contacto con la compañía de seguro para las preguntas sobre la cobertura. Si mi compañía de seguro me solicita información, me comprometo a cumplir rápidamente con dichas solicitudes. AADerm está autorizado a facturar a mi plan de salud por la atención que recibo y sé que los pagos de mi plan de salud irán directamente a Anne Arundel Dermatology. Si soy yo quien recibe los pagos, entiendo que seré responsable de pagar a AADerm. Entiendo que debo pagar cualquier copago u otra parte de la factura que mi plan de salud diga que debo pagar. Sé que es posible que tenga que pagarlo antes de recibir el tratamiento. En caso de dificultad financiera, estoy de acuerdo en contactar al departamento de facturación para hacer los arreglos de pago respectivos. Entiendo que el pago final se debe hacer al recibir mi estado de cuenta de facturación. Sé que puedo pagar los cargos pendientes en efectivo o con cheque, tarjeta de crédito o Care Credit y que hay un cargo por servicio de \$25.00 por cheques devueltos. También soy consciente de que las cuentas atrasadas pueden ser referidas a una agencia de cobranza y que, si esto ocurre, puede haber cargos adicionales y puedo ser reportado a las agencias de informes de crédito. También existe el riesgo de que las citas sean terminadas cuando la falta de pago se vuelve un problema persistente.

AADerm no renunciará rutinariamente a los copagos o deducibles.

Entiendo que AADerm me hará responsable financieramente en cualquiera de las siguientes situaciones:

- a. Cuando elijo tener un servicio que mi plan de salud cubre, pero no obtengo la referencia o autorización requerida de mi plan de salud.
- b. Cuando decido no utilizar mi plan de salud y acepto pagar los servicios yo mismo. (Utilice el formulario para no facturar a la compañía de seguros).

- c. Cuando mi plan de salud no participa con AADerm o sus proveedores para los servicios que quiero o necesito y estoy de acuerdo en pagar por mi cuidado yo mismo. Sé que a los servicios fuera de la red se les aplican las tarifas permitidas por Medicare.
- d. Cuando recibo servicios que no están cubiertos por mi plan de salud, incluidos los servicios cosméticos.

Si mi plan de salud está sujeto a la ley ERISA (Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de los Empleados), acepto que AADerm actúe en mi nombre para obtener mis beneficios cuando AADerm lo solicite. También acepto que AADerm pueda apelar en mi nombre si el plan de salud dice que no pagará mi atención. Entiendo que debo cumplir con las políticas y procedimientos establecidos por mi plan de beneficios para empleados.

**CARGOS DE PATOLOGÍA/LABORATORIO:** Los cargos de patología y laboratorio se facturan por separado. Si su proveedor eligió enviar su tejido al laboratorio de patología de AADerm o a un laboratorio de patología diferente, usted recibirá una factura separada del proveedor de patología por los cargos resultantes de esos servicios. Los servicios de dermatopatología tienen dos componentes: el componente técnico, o CT, que incluye la preparación de los portaobjetos, y el componente profesional, o CP, que incluye la revisión de los portaobjetos preparados bajo el microscopio y la interpretación profesional de los resultados. Su factura detallada indicará los componentes del servicio y el proveedor específico de cada servicio.

**CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFÍAS:** Entiendo que se pueden hacer/grabar fotografías, cintas de vídeo, imágenes digitales y/u otras imágenes para fines de identificación, tratamiento y pago. Autorizaré específicamente por escrito cualquier otro uso o divulgación de mi imagen o grabación.

**RECETA ELECTRÓNICA:** Autorizo a SureScripts, una red de receta electrónica, a divulgar mi historial de reposición de medicamentos a AADerm con el fin de continuar el tratamiento.

**MIS ARTÍCULOS PERSONALES:** Entiendo que soy responsable de mis artículos personales y objetos de valor.

**LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN:** Autorizo a los sitios de práctica de AADerm a liberar información de salud para propósitos de tratamiento, pago, u operaciones de salud. La información de atención médica anterior de otros lugares de práctica de AADerm o en relación con ellos, puede ponerse a disposición de los sitios posteriores afiliados a AADerm para coordinar la atención. La información de atención médica se puede divulgar a cualquier persona o entidad responsable del pago en nombre del Paciente para verificar la cobertura y preguntas sobre o el pago, o para cualquier otro propósito relacionado con el pago de beneficios. La información de atención médica también se puede divulgar a la persona designada por mi empleador cuando los servicios brindados están relacionados con un reclamo de compensación para trabajadores.

Si estoy cubierto por Medicare o Medicaid, autorizo la divulgación de información sobre la atención médica a la Administración de la Seguridad Social o a sus intermediarios u operadoras para el pago de una reclamación de Medicare o a la agencia estatal correspondiente para el pago de una reclamación de Medicaid. Esta información puede incluir, entre otros, la historia médica, los exámenes físicos, los informes de laboratorio, los informes operativos, las notas de progreso del médico, las notas de la enfermera y las consultas.

Las leyes federales y estatales pueden permitir que este consultorio médico participe en organizaciones con otros proveedores de atención médica, aseguradoras y/u otros participantes de la industria de la atención médica y sus subcontratistas para que estas personas y entidades compartan mi información de salud entre sí para lograr objetivos que pueden incluir, entre otros, los siguientes: mejorar la precisión y aumentar la disponibilidad de mis registros de salud; disminuir el tiempo necesario para acceder a mi información; agregar y comparar mi información con fines de mejora de la calidad; y otros fines que puedan ser permitidos por la ley. Entiendo que este centro puede ser miembro de una o más de estas organizaciones. Este consentimiento incluye específicamente la información relativa a las condiciones psicológicas, psiquiátricas, de discapacidad intelectual, información genética, condiciones de dependencia química y/o enfermedades infecciosas incluyendo, entre otros, enfermedades de transmisión sanguínea, como el VIH y el SIDA.

**DIVULGACIONES A LA FAMILIA Y AMIGOS:** Doy permiso para que mi Información de Salud Protegida sea divulgada con el propósito de comunicar los resultados, hallazgos y decisiones de cuidado a los miembros de la familia y otras personas mencionadas a continuación:

|    | Nombre | Relación | Número de contacto |
|----|--------|----------|--------------------|
| 1. |        |          |                    |
| 2. |        |          |                    |
| 3. |        |          |                    |

El paciente/representante puede revocar o modificar esta autorización específica y dicha revocación o modificación debe ser por escrito.

**CONSENTIMIENTO DE COMUNICACIÓN y LEY DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR POR TELÉFONO:**

Estoy de acuerdo en que cuando proporciono mi(s) número(s) de teléfono fijo o móvil a continuación, estoy dando mi consentimiento expreso para que AADerm y sus asociados, cesionarios, sucesores y agentes, se pongan en contacto conmigo en estos números, o en cualquier número que se adquiera posteriormente por mí y para dejar mensajes en vivo o pregrabados en el buzón de voz o para enviar mensajes de texto, con respecto a la programación o citas programadas, mis servicios o mi factura. Para una mayor eficiencia, las llamadas o los mensajes de texto pueden ser entregados por un marcador automático. Me doy cuenta de que como consecuencia de proporcionar este consentimiento puedo recibir futuras llamadas o mensajes de texto que entregan mensajes pregrabados por o en nombre de AADerm. Es posible que se apliquen cargos por parte de su operador. Proporcionar un número de teléfono o celular no es una condición para recibir los servicios.

Es posible que nos pongamos en contacto con usted a través de un buzón de voz, un mensaje de texto o un correo electrónico para recordarle una cita, para obtener comentarios sobre su experiencia con nuestro equipo de salud, para ofrecerle boletines informativos y promociones de marketing, y para proporcionarle información sanitaria general. Doy mi consentimiento para recibir comunicaciones de salud en el número de teléfono o la dirección de correo electrónico proporcionados. Esta solicitud para recibir correos electrónicos y mensajes de texto se aplica a futuras comunicaciones, a menos que solicite un cambio por escrito.

Teléfono residencial: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico autorizada: \_\_\_\_\_

**O**

(Iniciales) \_\_\_\_\_ No acepto recibir comunicaciones vía texto.  
 (Iniciales) \_\_\_\_\_ No acepto recibir comunicaciones por correo electrónico.

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:** Reconozco que he recibido/revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad de AADerm. Entiendo que si tengo una pregunta o una queja puedo ponerme en contacto con el Oficial de Privacidad. En la medida permitida por la ley, doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información para los fines descritos en el Aviso de Prácticas de Privacidad del consultorio.

**Estoy de acuerdo con los puntos descritos en el Acuerdo.**

Nombre (letra legible): \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente (Propio paciente/ Padre/ Representante): \_\_\_\_\_

|   |
|---|
| <p><b>Revocación</b><br/> <b>Por el presente, revoco mi solicitud para futuras comunicaciones por correo electrónico y/o mensaje de texto.</b><br/>         ____ Por el presente revoco mi solicitud para recibir por mensaje de texto cualquier recordatorio de citas futuras, comentarios, marketing y salud general.<br/>         ____ Por el presente revoco mi solicitud para recibir por correo electrónico cualquier recordatorio de citas futuras, comentarios, marketing y salud general.<br/>         NOTA: Esta revocación solamente se aplica para las comunicaciones desde este Consultorio.<br/>         Nombre del paciente: _____<br/>         Firma del Paciente/Representante del paciente: _____<br/>         Fecha: _____ Hora: _____</p> |
|---|

**Registro de Información del Paciente**  
**Por favor complete la Información con LETRA LEGIBLE**

N° DE CUENTA DEL PACIENTE

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

FECHA

|   |  |                                |                                 |  |
|---|--|--------------------------------|---------------------------------|--|
| NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDOS, NOMBRES)  |  |                                |                                 |  |
| DIRECCIÓN FÍSICA  |  | CIUDAD                         | ESTADO                          | CÓDIGO POSTAL  |
| TELÉFONO RESIDENCIAL  | TELÉFONO DE TRABAJO  | TELÉFONO CELULAR O ALTERNATIVO |                                 |  |
| DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO   |  |                                |                                 |  |
| SEXO<br><input type="checkbox"/> Masculino<br><input type="checkbox"/> Femenino   | ESTADO CIVIL<br><input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Legalmente separado/a<br><input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Desconocido/a <input type="checkbox"/> Viudo/a | EDAD                           | FECHA DE NACIMIENTO             | ¿ALGUNA VEZ HA SIDO PACIENTE DE ESTE CONSULTORIO?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br>EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUÁNDO? |
| OCUPACIÓN   |  | EMPLEADOR                      |                                 |  |
| DIRECCIÓN DE TRABAJO  |  |                                |                                 |  |
| NOMBRE DEL CÓNYUGE (APELLIDOS, NOMBRES)   |  |                                | FECHA DE NACIMIENTO DEL CÓNYUGE |  |
| SITUACIÓN DE ESTUDIANTE<br><input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial<br><input type="checkbox"/> No es un estudiante | MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA  | DIRECCIÓN                      | TELÉFONO                        |  |

**PERSONA RESPONSABLE POR LOS PAGOS SI NO ES EL PACIENTE**

|           |           |                     |
|-----------|-----------|---------------------|
| NOMBRE    | RELACIÓN  |                     |
| DIRECCIÓN |           |                     |
| OCUPACIÓN | EMPLEADOR | TELÉFONO            |
| DIRECCIÓN |           | TELÉFONO DE TRABAJO |

**INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA**

| INFORMACIÓN DEL SEGURO PRINCIPAL |                                      |   |
|----------------------------------|--------------------------------------|---|
| COMPañÍA DE SEGUROS              | NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA      |   |
| # DE GRUPO                       | # DE CERTIFICADO/ PÓLIZA/ IDENTIDAD: | FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR DE PÓLIZA |
| # DE MEDICARE                    | # DE MEDICAID                        |   |

| INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIO |                                      |   |
|-----------------------------------|--------------------------------------|---|
| COMPañÍA DE SEGUROS               | NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA      | FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR DE PÓLIZA |
| # DE GRUPO                        | # DE CERTIFICADO/ PÓLIZA/ IDENTIDAD: |   |

**Asignación de beneficios:**

Por la presente asigno y autorizo a mi compañía de seguros, incluyendo Medicare, otros seguros patrocinados por el gobierno de los cuales puedo estar cubierto y/o todos los pagadores comerciales para hacer los pagos en mi nombre directamente a Anne Arundel Dermatology. También asigno cualquier beneficio de Medigap para ser pagado directamente a mi proveedor. Permito que se utilice una copia de esta autorización en lugar del original.

Firmado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

\*\*\* Se puede cobrar un cargo por faltar a una cita y/o cancelarla sin el aviso requerido. Inicial \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ \*\*\*

¿Cómo se enteró de Anne Arundel Dermatology, P.A. and Affiliate Practices?

Radio  Sitio web del Seguro  Revista  Búsqueda en Google  Redes Sociales  Familia/Amigos  Referencia médica  Otro \_\_\_\_\_

## Acuerdo y Políticas Financieras de Cosmética

### INTRODUCCIÓN

Los servicios cosméticos son servicios electivos y no son cubiertos por su compañía de seguros de salud (esto también incluye los planes HSA y FSA), siendo así, serán considerados “pagos por cuenta propia”. Los propios pacientes serán los responsables de los cargos necesarios asociados a su(s) servicio(s) dado(s). Los honorarios cobrados por este servicio(s) no incluyen ningún costo potencial futuro por servicio(s) adicional(es) que se elija realizar para optimizar o completar el resultado deseado por el paciente. Pueden producirse costes adicionales en caso de que surjan complicaciones derivadas del servicio. Los servicios posteriores que se realicen con la intención de revisión también serán responsabilidad del paciente.

Todas las tarifas de los servicios cosméticos (es decir, láser, inyectables, CoolSculpting, productos de cuidado de la piel y servicios de MedSpa) se deben pagar en el momento del tratamiento. En algunos casos, se puede solicitar un depósito antes de programar tratamientos específicos, y en esos casos el saldo restante de ese tratamiento se debe pagar antes de que se presten los servicios (ejemplo: Cool Sculpting).

Todos los pacientes cosméticos que pagan por propia cuenta recibirán una consulta cosmética antes de que se presten los servicios cosméticos. En ese momento se revisarán las tarifas, las contraindicaciones, los cuidados previos y posteriores, los efectos secundarios y los posibles beneficios. El proveedor se reserva el derecho de negarse a realizar procedimientos o tratamientos que no sean apropiados para el paciente según su criterio profesional.

### POLÍTICA DE PAGO

En Anne Arundel Dermatology y los centros afiliados a Anne Arundel Dermatology, los tratamientos cosméticos son procedimientos estéticos electivos y no pueden facturarse al seguro. El pago de todos los tratamientos se debe en el momento del tratamiento, y todos los paquetes deben ser pagados en su totalidad antes de que se realice la primera sesión. No ofrecemos financiación ni planes de pago. Para la comodidad de nuestros pacientes, participamos en todas las opciones de planes promocionales de CareCredit para compras de \$200 o más. Todos los tratamientos son ventas definitivas; no hay reembolsos o crédito emitido para ningún servicio, incluyendo, pero no limitado a: Tratamiento con láser. IPL, Botox. Rellenos, Microneedling, Microdermabrasión, Exfoliación Química, Faciales, Body Sculpting, CoolSculpting, y productos para el cuidado de la piel. Aceptamos efectivo, cheques personales, tarjetas Visa, MasterCard, Discover, American Express, y \*CareCredit. Habrá un cargo de \$25 por cada cheque devuelto.

Cuando se utilice CareCredit para pagar los procedimientos cosméticos; las siguientes directrices deben ser adheridas a fin de procesar la(s) transacción(es) del paciente. El paciente necesitará *2 formas de identificación válida: Una primaria y una secundaria. Un empleado de Anne Arundel Dermatology o de un centro afiliado de Anne Arundel Dermatology debe anotar los dos tipos de identificación válidos en el espacio proporcionado en la parte superior sombreada de la solicitud de CareCredit. Si el paciente presentó la solicitud en línea, un empleado de Anne Arundel o de un centro afiliado de Anne Arundel Dermatology debe anotar los tipos de identificación en la impresión firmada de la solicitud en línea. El empleado debe conservar la página de la solicitud firmada (durante 72 meses) tanto si la solicitud es Aprobada como Rechazada.*

*Requisitos de identificación para las transacciones terminales, la tarjeta debe estar presente y ser pasada. Al pasar la tarjeta CareCredit Private Label Card o Rewards Mastercard para procesar una transacción, la tarjeta sirve como identificación principal, y no es necesario anotar una identificación adicional. Si la tarjeta está presente, pero no se puede pasar por el lector, entonces 1) Marque una forma de identificación primaria de la lista aprobada y 2) Verifique que el nombre en la identificación coincida con el nombre que aparece en la tarjeta y luego 3) Capture la información de la identificación en la parte inferior del recibo. Si la tarjeta no está presente/disponible llame a Servicios al Proveedor de CareCredit al 800-859-9975 y verifique los nombres en la cuenta y el crédito disponible.*

- Restricciones en las transacciones

- CareCredit apenas puede ser usado y cargado por servicios que han sido completados o que serán completados dentro de los 30 días del cargo inicial. Este requisito no se aplica a los cargos por servicios de ortodoncia o por productos personalizados pedidos por el paciente.
- Los saldos de cuentas por cobrar con una antigüedad superior a 90 días no podrán cargarse en la tarjeta de crédito CareCredit.
- No se acepta una política de NO REEMBOLSO, cuando no se hayan prestado servicios/productos, excepto en el caso de los artículos personalizados de pedidos especiales, en los que se haya informado claramente al titular de la tarjeta de la imposibilidad de reembolso.
- Cualquier reembolso procesado para los titulares de tarjetas que originaron una transacción con una tarjeta de crédito CareCredit debe ser reembolsado a la tarjeta de crédito CareCredit.
- Como recordatorio importante sobre la tarjeta de crédito CareCredit, Anne Arundel Dermatology y los centros afiliados a Anne Arundel Dermatology no pueden repasar las comisiones del comerciante y/o cualquier otra comisión de CareCredit a sus pacientes/clientes. Esto se alinea con el Acuerdo de Aceptación de la Tarjeta CareCredit para los Profesionales Participantes.
- Si el titular de la tarjeta desea realizar una transacción con su tarjeta de crédito CareCredit, ésta debe ser aceptada independientemente del importe de la transacción. Por ejemplo: a) Las transacciones de menos de \$200 se procesarán como transacciones con condiciones estándar de la cuenta, b) Las transacciones de \$200 o más se procesarán con la promoción de 6 meses de interés diferido/sin intereses si se paga en su totalidad.
- Los consumidores, independientemente del canal (por ejemplo, en la tienda, en línea o por teléfono), deben recibir una copia del recibo de compra.

En la mayoría, pero no en todos los consultorios cosméticos de Anne Arundel Dermatology y de los centros afiliados a Anne Arundel Dermatology, participamos en programas de recompensas de fidelidad como Brilliant Distinctions a través de Allergan y Aspire Rewards a través de Galderma. ¡Creemos que esto es apenas otro aspecto de los servicios al cliente y la apreciación al paciente que podemos extenderle a usted durante su visita! Cuando usted compra Boto, Juvaderm, Latisse, Restylane, Dysport, o CoolSculpting por ejemplo, y es un participante con los programas de recompensas de fidelidad puede recibir puntos de fidelidad que se acumularán con el tiempo. Los puntos pueden aplicarse a futuros procedimientos cosméticos según los parámetros del vendedor y de la AADerm, además de cualquier descuento, evento o promoción que se ofrezca en el punto de compra. Este es el único caso en el que se pueden combinar dos oportunidades de promoción/descuento. No hay más excepciones. El uso de los puntos y el canje solo se puede aplicar cuando el tratamiento se paga en su totalidad en el momento en que se presta el servicio. Solo podemos aceptar y canjear los puntos de fidelidad, los cupones y los descuentos cuando el código de vendedor único del paciente se haya proporcionado a un empleado de Anne Arundel Dermatology o de un centro afiliado a Anne Arundel Dermatology en el punto de venta. Los cupones de fidelidad y los descuentos no se canjearán con carácter retroactivo. Los cupones de fidelidad y los descuentos no se canjearán presentando un comprobante de notificación por correo electrónico, sino solamente después de proporcionar su código único de vendedor. Los puntos de Brilliant Distinctions y Aspire Rewards no son reembolsables. Los puntos de recompensa caducan, por eso recomendamos encarecidamente a nuestros pacientes que hagan un seguimiento de sus puntos a través de la aplicación Brilliant Distinctions o de la página web Aspire Rewards. Cuando los puntos se aplican a una transacción de tratamiento cosmético, primero se aplicarán cualquier descuento del consultorio, precios de eventos, y/o promociones. Los puntos de recompensa se aplicarán en segundo

lugar; por ejemplo: \$300 por un tratamiento específico, 10% de descuento por el descuento de veteranos = \$ 270 de saldo, usted está canjeando \$50 de puntos BD, por lo que su saldo adeudado es ahora de \$220.

Todas las ventas de productos para el cuidado de la piel (tanto con receta como sin ella) son definitivas y el dinero pagado no es reembolsable. En caso de una reacción alérgica documentada o de un producto claramente defectuoso, se pueden realizar cambios en un plazo de 14 días a partir de la fecha de compra para obtener un crédito únicamente para el producto de cuidado de la piel. Para eso, se debe tener el comprobante de compra original y el cambio deberá realizarse solamente en el local original de compra, con la aprobación de la administración.

\*CareCredit se ofrece en determinadas locales. Por favor, consulte con su consultorio y con su proveedor en el momento de la consulta y antes de la prestación de los servicios para confirmar su participación en esta opción de pago.

\*La participación en Brilliant Distinctions y Galderma Aspire Rewards es ofrecida en determinados centros. Por favor, consulte con su consultorio y con su proveedor en el momento de su consulta y antes de la prestación de los servicios para confirmar su participación en esta opción de pago.

- No recibirá un recibo codificado por los servicios prestados. Su cheque, o el voucher de la tarjeta de crédito, es su recibo. Si se paga en efectivo, se proporcionará un recibo en efectivo.

- El consultorio en ningún momento, ahora o en el futuro, presentará una reclamación a su compañía de seguros ya que el proveedor ha considerado que el servicio no es médicamente necesario bajo los términos del contrato de esta práctica con su compañía de seguros.

## **POLÍTICA DE CANCELACIÓN Y FALTAS**

Como cortesía a otros pacientes, le pedimos que llegue a tiempo. Si usted llega más de 10 minutos atrasado a su cita programada, se le puede pedir que cambie la fecha. Las citas canceladas en la fecha de una cita programada representan un costo para el consultorio y una oportunidad perdida para ver a otros pacientes que están esperando una fecha de visita.

- Solicitamos que las cancelaciones sean informadas con 24 horas de antelación. Después de tres faltas, se le cobrará un cargo de \$50.

- Se harán recordatorios, pero éstos no están garantizados.

- La cuota de \$50.00 deberá ser pagada en su totalidad antes de reprogramar su próxima cita, y/o antes de ser atendido para el tratamiento si su cuenta tiene un saldo pendiente

- Si usted es un paciente nuevo, le pedimos que llegue 30 minutos antes para completar el registro y lo podamos atender en su cita programada.

- Se requiere un mínimo de 24 horas de aviso previo para cancelar una cita sin incurrir en un cargo por cancelación de \$50.00. La cuota no está cubierta por su plan de seguro. Existe una política de cancelación de CoolSculpting/Body Sculpting independiente que rige la reprogramación de este servicio.

## **POLÍTICA DE COOLSCULPTING/ESCULTURA CORPORAL; DEPÓSITO, POLÍTICA DE REEMBOLSO Y POLÍTICA DE RESULTADOS DEL TRATAMIENTO**

- Para asegurar la fecha y hora de su cita para CoolSculpting/Escultura Corporal con el proveedor de tratamiento es necesario hacer un depósito de \$500,00. El saldo restante de este servicio deberá pagarse el día de su cita, antes de comenzar el tratamiento. El depósito de \$500,00 se aplica al saldo

restante y sirve como reserva para el tiempo necesario para el tratamiento basado en las expectativas de su consulta.

- El 50% de su depósito (\$250,00) no es reembolsable cuando no acude a su cita para el tratamiento CoolSculpting, o no nos contacta para cancelarla con un mínimo de 24 horas de antelación. (Esta cuota se destina a los costos administrativos y del proveedor asociados a la programación del tratamiento).

- Si desea reprogramar su tratamiento, se le pedirá un depósito adicional prepago de \$250,00, y deberá recibir el tratamiento en un plazo de 90 días a partir de la fecha original del tratamiento cancelado. El depósito adicional de \$250.00 se aplica a su saldo restante.

- Todo el dinero pagado por los paquetes de CoolSculpting/Escultura corporal no es reembolsable. Si su proveedor decide que es mejor no completar su paquete de tratamiento, se puede establecer que el dinero de los ciclos no utilizados permanecerá en su cuenta como un crédito para otros servicios. *\*Esta determinación se hará según sea necesario y se basará en la aprobación del Gerente de la Oficina en el local de compra. Esto no es una garantía.*

- En el caso de que un paquete o serie de tratamientos haya comenzado, los servicios se considerarán prestados, aunque la serie completa no se haya completado.

- No ofrecemos reembolsos por los servicios prestados.

## **POLÍTICA DE CERTIFICADOS DE REGALO Y TARJETAS DE REGALO**

Los certificados de regalo y las tarjetas de regalo adquiridos en los centros de Anne Arundel Dermatology, en sus centros afiliados y en línea, no son reembolsables. Los certificados de regalo y las tarjetas de regalo no se pueden canjear por dinero en efectivo ni por atenciones.

Las tarjetas de regalo tienen una validez de cuatro años a partir de la fecha de compra y AADerm no impondrá tasa, ni cargos de ningún tipo durante ese periodo de cuatro años. La legislación federal amplía la protección de la caducidad a cinco años; sin embargo, durante este quinto año y cualquier año posterior pueden ser cobradas tasas a los consumidores.

Todos los términos o condiciones relativos a una fecha de caducidad o a una tasa se imprimirán claramente en un lugar visible en el anverso o el reverso del certificado/tarjeta, en una pegatina fijada permanentemente al certificado/tarjeta o en un sobre que contenga el certificado/tarjeta de regalo. La fecha de caducidad se indicará en la pegatina o en el embalaje. Las tarifas típicas incluyen cargos por servicio, por inactividad, por mantenimiento y por recarga. Los términos y condiciones no se cobrarán después de la emisión del certificado regalo o de la tarjeta regalo, a menos que beneficien al titular de la tarjeta.

## **POLÍTICA DE TRATAMIENTOS PREPAGADOS Y PAQUETES/SERIES DE TRATAMIENTOS; POLÍTICA DE REEMBOLSO Y POLÍTICA DE RESULTADOS DE LOS TRATAMIENTOS**

Para ofrecer el mejor nivel de atención al paciente y eficiencia en lo que respecta a los paquetes y las ofertas de series, nos esforzamos por la transparencia y por establecer expectativas claras con las políticas que se indican a continuación:

- Todos los paquetes de servicios y tratamientos prepagos deben utilizarse en el plazo de 1 año desde la fecha de compra o caducarán.

- En el caso de que un paquete o serie de tratamientos haya comenzado, los servicios se considerarán prestados, aunque la serie completa no se haya completado.



- No ofrecemos reembolsos por los servicios prestados.
- En AADerm ofrecemos tratamientos y productos que son irrevocables. Por lo tanto, no emitimos reembolsos o créditos por ningún producto o servicio que haya sido inyectado o utilizado en su tratamiento, incluyendo, pero no limitado a (Botox, Juvederm, Kybella, Dysport, Restylane, y Jeuveau). Siendo así, recalcamos que las ventas son definitivas. Por eso, al consentir ser tratado, es importante que nuestros pacientes entiendan y acepten esta condición.
- Si desea interrumpir su tratamiento en medio de una serie, el crédito para la parte prorrateada de los tratamientos no utilizados en el precio del paquete de descuento puede ser extendido, y esto puede ser utilizado para comprar otros tratamientos o productos ofrecidos por AADerm. *\*Esta determinación se hará según sea necesario y se basará en la aprobación del Gerente de la Oficina en el local de compra. Esto no es una garantía.*
- Los pacientes que hayan comprado nuestros servicios en un evento de Friends & Family u Open House, aceptan y consienten los términos y condiciones de esa promoción, ya que se aplicarán los términos y condiciones de esa promoción. Los servicios ya prestados no se podrán volver a canjear.

## **POLÍTICA DE COMPRA PARA NUEVOS PACIENTES/RECIÉN LLEGADOS**

Deberá completarse todo el papeleo de los nuevos pacientes y su historial deberá introducirse en nuestro sistema EMR de gestión de la práctica, seguro y compatible con HIPPA, antes de que se pueda realizar una transacción o compra. Esto también puede requerir formularios de consentimiento asociados firmados y revisados por un proveedor de Anne Arundel Dermatology o centros afiliados a Anne Arundel Dermatology. No se harán excepciones.

## **COMPRAS EN LA TIENDA EN LÍNEA**

Todas las políticas y los criterios descritos en este acuerdo son aplicables a cualquier compra en la tienda en línea realizada a través de Anne Arundel Dermatology o en los centros afiliados a Anne Arundel Dermatology.

## **RESULTADOS DEL TRATAMIENTO**

En Anne Arundel Dermatology y en los centros afiliados a Anne Arundel Dermatology nos esforzamos por ser honestos en todas las interacciones con usted como valioso paciente. La estética no es una ciencia exacta, y los resultados de los pacientes varían de un paciente a otro y se basan únicamente en su respuesta individual al tratamiento o tratamientos. Como no es posible predecir o garantizar los resultados, cualquier pago realizado es por los tratamientos realizados, no por el resultado específico deseado.

## **\*CONSIDERACIONES ADICIONALES ESPECÍFICAS DEL LUGAR (HUNT VALLEY, MO)**

- El 50% del depósito se debe pagar al programar su cita. El resto se debe pagar en la fecha del servicio, antes del tratamiento.
- Ulthera/Thermage: El 20% de la tarifa total no es reembolsable si la cita se cancela con menos de UNA SEMANA de antelación.
- Sculptra: Se requiere un depósito completo. No es reembolsable si la cita se cancela con menos de UNA SEMANA de antelación.
- Otros procedimientos: El 20% de la tarifa total no es reembolsable si la cita se cancela con menos de UNA SEMANA de antelación.

\*Los lugares y/u oficinas adicionales pueden tener consideraciones o políticas adicionales que pueden no estar indicadas en este formulario. Por favor, pregunte en su centro si hay alguno de estos casos.

Consentimiento: Mi consentimiento para el (los) procedimiento(s) es estrictamente voluntario. Mi firma en este formulario autoriza a Anne Arundel Dermatology a realizar el (los) procedimiento(s). He leído este formulario de consentimiento informado y certifico que entiendo su contenido en su totalidad. Mi firma indica que doy mi consentimiento para recibir el(los) tratamiento(s) y que he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre los mismos y los riesgos asociados. He sido informado de los riesgos que conlleva(n) dicho(s) tratamiento(s) y de los tratamientos alternativos, incluido el no recibir ningún tratamiento. Reconozco que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no se me ha dado ninguna garantía o seguridad sobre los resultados de dicho(s) procedimiento(s). Certifico que soy un adulto competente de al menos 18 años de edad y que no estoy bajo la influencia del alcohol o las drogas. Entiendo la política financiera descrita en este formulario asociada con el (los) tratamiento(s) cosmético(s) elegido(s), y estoy de acuerdo en cumplir con la política descrita y explicada en detalle anteriormente.

Nombre Legible y Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre Legible y Firma del médico: \_\_\_\_\_

Nombre Legible y Firma del Proveedor tratante: \_\_\_\_\_

Nombre Legible y Firma del Testigo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Proveedor de derivación: \_\_\_\_\_

**ALERGIAS MEDICAMENTOSAS:** \_\_\_\_\_

Nombre de la farmacia/Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono de la farmacia: \_\_\_\_\_

Peso y altura del paciente: Altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

**HISTORIA MÉDICA (MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE SE APLICAN)**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ansiedad  | <input type="checkbox"/> GERD (reflujo ácido)                       | <input type="checkbox"/> Tratamiento de radiación  |
| <input type="checkbox"/> Artritis  | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón                     | <input type="checkbox"/> Convulsiones              |
| <input type="checkbox"/> Asma  | <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición                     | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular |
| <input type="checkbox"/> Fibrilación auricular (latidos cardíacos irregulares) | <input type="checkbox"/> Hepatitis                                  | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Cáncer: Tipo(s): _____                                | <input type="checkbox"/> Hipertensión                               | <input type="checkbox"/> Colitis ulcerativa        |
| _____  | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA                                   | <input type="checkbox"/> Ninguno                   |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohns                                  | <input type="checkbox"/> Colesterol alto                            | <input type="checkbox"/> OTRO: _____               |
| <input type="checkbox"/> Depresión   | <input type="checkbox"/> Inmunosupresión                            | _____  |
| <input type="checkbox"/> Diabetes  | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones                  | _____  |
| <input type="checkbox"/> Diálisis  | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado                      |  |
|  | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar (EPOC, enfisema, otro) |  |
|  | <input type="checkbox"/> Lupus                                      |  |

**ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS:**

Por favor haga una lista de todas las cirugías pasadas con sus fechas aproximadas (*incluyendo reemplazo articular, trasplante de órganos, etc.*)

---



---



---



---

Por favor haga una lista de sus medicamentos actuales, incluyendo la dosis y frecuencia de cada uno (*si trajo una lista, en la recepción puede hacer una copia de la misma*)

---



---



---



---



---



---

**\*\*\* Por favor, también complete el otro lado de esta hoja \*\*\***

## Antecedentes de Enfermedad de la Piel: (Circule todas las opciones que se aplican)

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Acné                         | <input type="checkbox"/> Descamación o picazón en el cuero cabelludo           | <input type="checkbox"/> Lunares atípicos (displásicos)    |
| <input type="checkbox"/> Ampollas, Quemaduras solares | <input type="checkbox"/> Lupus   | <input type="checkbox"/> Cáncer de piel de células basales |
| <input type="checkbox"/> Piel seca                    | <input type="checkbox"/> Psoriasis   | <input type="checkbox"/> Melanoma                          |
| <input type="checkbox"/> Eccema                       | <input type="checkbox"/> Queratosis actínica ( <i>lesiones precancerosas</i> ) | <input type="checkbox"/> Cáncer de células escamosas       |
| <input type="checkbox"/> Excesiva exposición solar    |  | <input type="checkbox"/> Otro: _____                       |

¿Usa protector solar?  Sí  No En caso afirmativo, ¿Qué SPF usa? \_\_\_\_\_

¿Utiliza actualmente una cama de bronceado?  Sí  No

¿Alguna vez ha usado una cama de bronceado?  Sí  No

¿Tiene antecedentes familiares de **Melanoma**? En caso afirmativo, ¿qué pariente(s)? \_\_\_\_\_

## Antecedentes Sociales:

Estado de tabaquismo: (Circule uno)

- Fumador actual  
 Ex fumador  
 Nunca ha fumado

Estado de alcoholismo: (Circule uno)

- Ninguno  
 Ocasional/social  
 De 1 a 2 bebidas por día  
 3 o más bebidas por día

**Ocupación** (importante por exposiciones/alérgenos) \_\_\_\_\_

## Inmunizaciones: ¿Ha recibido las siguientes inmunizaciones?

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <b>Vacuna:</b>           | <b>Fecha de vacunación (puede ser aproximada si está inseguro)</b> |
| Influenza (Gripe)        | _____ HPV _____  |
| Neumonía                 | _____ COVID-19 _____   |
| Varicela (Herpes Zoster) | _____ Hepatitis B _____  |

## Revisión de Sistemas: ¿Tiene o está experimentando actualmente alguno de los siguientes? (Circule su respuesta)

|  |                             |                             |   |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------|
| Cambio de lunar  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Convulsiones                                  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Salpullido   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Tos   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Pérdida de cabello                                       | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Náuseas/Vómitos                               | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Fiebre o escalofríos                                     | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Diarrea                                       | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Depresión  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Fatiga  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Ansiedad   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Sibilancias                                   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Acné   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Marcapasos                                    | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Problemas con la curación                                | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Desfibrilador                                 | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Problemas de sangrado                                    | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Anticoagulantes                               | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Problemas con la cicatrización (hipertrófica o queloide) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Malestar gastrointestinal con antibióticos    | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Inmunosupresión  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Alergia al adhesivo                           | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Sudoración nocturna                                      | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Alergia a la lidocaína                        | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Pérdida de peso involuntaria                             | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Alergia a antibióticos tópicos (Neosporin)    | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Problemas de tiroides                                    | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Válvula cardíaca artificial                   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Dolor de garganta  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Articulación artificial en los últimos 2 años | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Dolor abdominal  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | MRSA  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Dolores articulares                                      | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Premedicación previa a los procedimientos     | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Debilidad muscular                                       | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Latidos cardíacos rápidos con epinefrina      | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Problemas con la vista                                   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Embarazo o planificación de un embarazo       | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Dolores de cabeza  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Lactancia                                     | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

## Antecedentes Familiares: (Marque todas las opciones que se aplican)

|                                |                                |                                |                                  |                                  |                               |                               |                               |                                  |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| Acné                           | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Hermana | <input type="checkbox"/> Hermano | <input type="checkbox"/> Hija | <input type="checkbox"/> Hijo | <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| Artritis                       | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Hermana | <input type="checkbox"/> Hermano | <input type="checkbox"/> Hija | <input type="checkbox"/> Hijo | <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| Asma                           | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Hermana | <input type="checkbox"/> Hermano | <input type="checkbox"/> Hija | <input type="checkbox"/> Hijo | <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| Lunares atípicos (displásicos) | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Hermana | <input type="checkbox"/> Hermano | <input type="checkbox"/> Hija | <input type="checkbox"/> Hijo | <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| Diabetes                       | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Hermana | <input type="checkbox"/> Hermano | <input type="checkbox"/> Hija | <input type="checkbox"/> Hijo | <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| Eccema                         | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Hermana | <input type="checkbox"/> Hermano | <input type="checkbox"/> Hija | <input type="checkbox"/> Hijo | <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| Fiebre del heno/Alergias       | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Hermana | <input type="checkbox"/> Hermano | <input type="checkbox"/> Hija | <input type="checkbox"/> Hijo | <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| Lupus                          | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Hermana | <input type="checkbox"/> Hermano | <input type="checkbox"/> Hija | <input type="checkbox"/> Hijo | <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| Psoriasis                      | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Hermana | <input type="checkbox"/> Hermano | <input type="checkbox"/> Hija | <input type="checkbox"/> Hijo | <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| Cánceres de piel no melanoma   | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Hermana | <input type="checkbox"/> Hermano | <input type="checkbox"/> Hija | <input type="checkbox"/> Hijo | <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Ninguno |

# CUESTIONARIO DE CONSULTA ESTÉTICA

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

## ¿Cuáles son sus preocupaciones cosméticas?

Por favor, marque todas las que correspondan:

- Piel manchada
- Manchas marrones
- Longitud de las pestañas
- Pliegues faciales
- Enrojecimiento facial
- Líneas de expresión/arrugas
- Cicatrices
- Tono de la piel/textura
- Labios delgados
- Grasa no deseada en la barbilla/cuello
- Vello no deseado
- Venas (faciales o de las piernas)
- Otros: \_\_\_\_\_

## ¿Qué tratamiento(s) le interesa(n)?

Por favor, marque todas las que correspondan:

- Bótox/Dysport
- Exfoliación Química
- CoolSculpting
- Láser Cutera (Manchas marrones/rojas)
- Rellenos Dérmicos
- Halo (Láser Fraccionado Híbrido)
- HydraFacial
- Kybella
- Depilación láser (LHR)
- Microneedling
- Servicios de Plasma Rico en Plaquetas (PRP)
- Escleroterapia
- Productos para el cuidado de la piel
- Otros: \_\_\_\_\_

¿Qué procedimientos cosméticos se ha hecho en el pasado (si se aplica)? \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿está satisfecho con los resultados? \_\_\_\_\_

¿Qué productos para el cuidado de la piel utiliza actualmente (si se aplica)? \_\_\_\_\_

¿Utiliza Retinol o Retinol-A Gel? \_\_\_\_\_

¿Tiene antecedentes de herpes labial o terapia con oro? \_\_\_\_\_

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_