

----- FORMULARIO DE INGRESO PARA PACIENTES NUEVOS -----

Nombre del paciente (apellido, nombre) _____ Fecha _____

Número de licencia de conducir: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: ____ Sexo (hacer un círculo): M F

Dirección: _____ N.º de departamento _____ o N/D

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono celular: _____ Teléfono particular: _____ Teléfono laboral: _____

Número para dejar cualquier información confidencial acerca de su tratamiento y mensajes: (hacer un círculo) Celular Particular Laboral

Dirección de correo electrónico (en letra de imprenta clara): _____

¿Cómo se enteró acerca de nosotros? _____

Estado civil (hacer un círculo): Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a)

Ocupación: _____ Actividades de interés: _____

Etnia (hacer un círculo): Caucásico Hispano Afroamericano Asiático

(Nota: La etnia, nacionalidad de origen y raza pueden afectar la manera en que la piel reacciona al tratamiento con láser / IPL)

Mediorienta Isleño del Pacífico Otra: _____ Prefiere no contestar.

Nombre del médico principal: _____ Número de teléfono: _____

Nombre del contacto de emergencia: _____ Relación: _____

Teléfono del contacto de emergencia: _____ Teléfono alternativo: _____

----- HISTORIAL MÉDICO ANTERIOR -----

Trastornos de la piel (psoriasis, sarcoidosis, etc.): NO Sí (En caso afirmativo, explique) _____

Cardiopatías (ataque cardíaco, etc.): NO Sí (En caso afirmativo, explique) _____

Trastornos neurológicos (convulsiones, dolores de cabeza): NO Sí (En caso afirmativo, explique) _____

Enfermedades pulmonares (EPOC, asma, etc.): NO Sí (En caso afirmativo, explique) _____

Trastornos renales o hepáticos (hepatitis, etc.): NO Sí (En caso afirmativo, explique) _____

Cáncer (leucemia, linfoma, melanoma): NO Sí (En caso afirmativo, explique) _____

Trastornos digestivos (síndrome de intestino irritable, etc.): NO Sí (En caso afirmativo, explique) _____

Hipertensión: NO Sí (En caso afirmativo, explique) _____

Traumatismo (accidentes de automóvil graves, lesiones, etc.): NO Sí (En caso afirmativo, explique) _____

Diabetes: NO Sí (En caso afirmativo, explique) _____

Inmunosupresión (VIH, SIDA, etc.): NO Sí (En caso afirmativo, explique) _____

Trastornos endocrinos (enfermedad de la tiroides, etc.): NO Sí (En caso afirmativo, explique) _____

Cualquier OTRO trastorno médico: NO Sí (En caso afirmativo, explique) _____

Enumere todos los MEDICAMENTOS que está tomando: _____ Enumere todas sus ALERGIAS: _____

Sólo para uso del centro: _____

(ESTE DOCUMENTO CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE →)

¿Es alérgico a Bacitracin®, Polysporin®, Neosporin® u otra pomada antibiótica de uso tópico?	NO	SÍ
¿Es alérgico a los anestésicos de uso tópico, tales como la benzocaína, tetracaína o lidocaína?	NO	SÍ
¿Ha utilizado Accutane® (isotretinoína) en los últimos 6 meses?	NO	SÍ
¿Tiene antecedentes de herpes simple o herpes labial en el área a tratar?	NO	SÍ
Sólo pacientes mujeres: ¿Está embarazada o amamantando?	NO	SÍ
Sólo pacientes mujeres: ¿Utiliza algún método anticonceptivo?	NO	SÍ
Última exposición al sol (bronceado/actividad al aire libre): _____		
¿Utiliza cama solar o bronceadores en aerosol? NO SÍ Última exposición: _____		
¿Cómo reacciona su piel cuando se expone al sol? (marque con un círculo UNA de las seis opciones siguientes)		
Se irrita siempre y nunca se broncea	Se irrita fácilmente y apenas se broncea	Se irrita a veces y se broncea de a poco
Apenas se irrita y normalmente se broncea	Casi nunca se irrita y se broncea bien	Nunca se irrita y siempre se broncea

----- Sólo para ELIMINACIÓN DE TATUAJES CON LÁSER -----

Cantidad de tatuajes que desea quitarse: _____ Cantidad total de tatuajes que tiene: _____

Describa el o los tatuajes que desea quitarse: _____

¿Durante cuánto tiempo lo tuvo? _____ ¿Ha cambiado con el transcurso del tiempo? NO SÍ (en caso afirmativo, explique): _____

¿Por qué desea quitarse el tatuaje? _____

¿Se le ha hecho tratamiento con láser en el tatuaje anteriormente? ¿Cuándo y dónde? NO SÍ _____

¿Ha intentado quitarse el tatuaje anteriormente con algún otro método que no fuera el láser? NO SÍ _____

¿El tatuaje "cubre" o "modifica" un tatuaje anterior? NO SÍ _____

¿Es el tatuaje un maquillaje permanente? ¿Con tinta color piel, rosa o durazno? NO SÍ _____

Pacientes mujeres: ¿Tiene implantes mamarios u otro tipo de aumento cerca del tatuaje? NO SÍ _____

El tatuaje fue (marque TODO lo que corresponda):
 Hecho por un aficionado Hecho por un profesional Hecho para cubrir uno anterior Coloreado
 Tiene cicatrices Sólo delineado

----- Sólo para REDUCCIÓN DEL VELLO -----

¿En qué partes del cuerpo desea reducir el vello? _____

¿Realizó tratamientos con láser o IPL para la reducción del vello anteriormente? NO SÍ _____

¿Su piel o vello ha presentado algún cambio últimamente? NO SÍ _____

¿Por qué desea realizarse el tratamiento para la reducción del vello? _____

Describa el vello que desea tratar: _____

¿Está utilizando retinol, algún retinoide (Retin-A®, Tretinoin, Renova®, Tazorac®, Differin®) o ácido glucólico? NO SÍ _____

----- Sólo para la terapia de inducción de colágeno -----

(ESTE DOCUMENTO CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE →)

POLÍTICA DE GARANTÍA

Nosotros respaldamos nuestros tratamientos. El Dr. William Kirby, del centro William Kirby, D.O., Inc., sus empleados, enfermeros, contratistas independientes, agentes y representantes (en lo sucesivo denominados colectivamente “New Look Aesthetics”, permiso para uso de nombre de fantasía (FNP, por sus siglas en inglés) de California en servicios de medicina osteopática n.º 1519), se complacen en ofrecer un servicio garantizado a nuestros pacientes. Cuando usted elige New Look Aesthetics para la remoción de tatuajes a través del láser o la reducción del vello mediante la técnica de luz pulsada intensa (IPL), puede estar seguro de que los resultados que le prometemos son los resultados que obtendrá...

Garantía de eliminación de tatuajes con láser: En el caso de que realice todos los tratamientos que le recomendamos y aún así el tatuaje siga visible, le ofrecemos tratamientos adicionales gratis para la eliminación de tatuajes con láser, acordes con nuestros protocolos médicos, durante un período de hasta un año después del último tratamiento pago que realizó.

Garantía de eliminación del vello con láser: En el caso de que realice todos los tratamientos que le recomendamos en una zona determinada y el vello no se haya reducido todo lo que usted esperaba, le ofrecemos tratamientos adicionales gratis para la reducción del vello durante un período de hasta seis meses después del último tratamiento pago que realizó, siempre de acuerdo con nuestros protocolos.

A fin de que usted califique para recibir tratamiento bajo nuestras políticas de garantía, debe seguir nuestros protocolos médicos según las indicaciones del personal médico. En términos generales, para la eliminación del vello por encima del cuello, esto implica que debe regresar cada 3 o 4 semanas para consultas de seguimiento, y para la eliminación del vello por debajo del cuello, debe regresar cada 6 u 8 semanas. Para la eliminación de tatuajes, por lo general debe regresar para recibir tratamiento cada 6 u 8 semanas. El personal médico le proporcionará instrucciones individuales específicas para que cumpla con nuestros protocolos. Mediante su firma en la página siguiente, certificará que ha leído y comprendido esta política de garantía, y que acuerda cumplir con nuestros protocolos y recomendaciones médicos.

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE CONFORME A LA LEY DE RESPONSABILIDAD Y PORTABILIDAD DE SEGURO MÉDICO (HIPPA)

Nuestro centro se compromete a proteger la privacidad de su información médica. La Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguro Médico de 1996 (*Health Insurance Portability and Accountability Act*, HIPPA) es una ley federal que regula el uso y la divulgación de la información médica de las personas. En el documento “Notificación de prácticas privadas” proporcionamos información acerca de cómo podemos utilizar y divulgar la información médica protegida sobre su persona. Dicha notificación incluye una sección, Derechos del paciente, que describe sus derechos conforme a la ley. Las siguientes disposiciones abarcan los aspectos básicos correspondientes a sus derechos como paciente según la HIPPA:

- La información médica protegida puede divulgarse con motivo de tratamiento, pago o atención médica.
- New Look Aesthetics cuenta con el documento “Notificación de prácticas privadas”; y usted tiene derecho a revisar una copia detallada del documento antes de firmar este consentimiento del paciente conforme a la HIPPA.
- La “Notificación de prácticas privadas” se encuentra expuesta claramente en nuestro centro (es el afiche azul y blanco en la pared; los folletos también están disponibles y pueden solicitarse a un miembro del personal del centro).
- New Look Aesthetics se reserva el derecho de modificar los términos de la “Notificación de prácticas privadas”.
- En el caso de que modifiquemos la notificación, puede comunicarse con nuestra oficina para obtener una copia de la nueva versión.
- Usted tiene el derecho a limitar los usos de su información médica protegida.



(ESTE DOCUMENTO CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE →)

- Puede revocar este consentimiento conforme a la HIPPA, por escrito, en cualquier momento. No obstante, dicha revocación no afectará ninguna divulgación que ya hayamos
- hecho conforme a su previo consentimiento.

Además, es política de este centro recordar a los pacientes sus citas. Podemos hacerlo por teléfono, correo electrónico, servicio de correo de EE. UU., o por cualquier medio conveniente para la práctica. También podemos enviarle otras comunicaciones para informarle sobre las modificaciones a la política del centro, la tecnología nueva y las ofertas especiales que podrían resultarle valiosas o informativas. Aclarado este punto, sólo nosotros nos comunicaremos directamente con usted. Bajo ninguna circunstancia New Look Aesthetics venderá o comercializará su información privada, inclusive números de teléfono, dirección de correo electrónico, dirección particular o laboral...

Al firmar la página siguiente de este documento, usted certifica que ha leído el Consentimiento del paciente conforme a la HIPPA y que ha tenido la oportunidad de revisar una versión más detallada si deseaba solicitarla. Su firma también implicará que está de acuerdo con las disposiciones previamente expuestas y con esta política.

New Look Aesthetics proporciona este formulario e información de conformidad con la 'Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguro Médico' (HIPAA).

ACUERDO SOBRE LA DIVULGACIÓN DE FOTOGRAFÍAS

El Dr. William Kirby, del centro William Kirby, D.O., Inc., sus empleados, enfermeros, contratistas independientes, agentes y representantes ("New Look Aesthetics", Permiso para uso de nombre de fantasía de California (FNP) en servicios de medicina osteopática n.º 1519), podrán tomar fotografías digitales de la zona que recibirá tratamiento antes de que comience el tratamiento inicial y en algunas visitas recurrentes. Estas fotografías estarán disponibles para que el personal médico realice el seguimiento del progreso de cada tratamiento y forman parte del registro médico. Con su permiso, también podremos utilizar las fotografías para fines médicos y de promoción, tales como, entre otros, el uso en revistas médicas y artículos científicos, galerías de fotografías de "antes y después", nuestro sitio Web y documentos de publicidad y mercadotecnia.

Concedo mi autorización a New Look Aesthetics para utilizar mis fotografías para fines médicos y de promoción

POLÍTICA SOBRE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Mediante mi firma a continuación certifico, por la presente, que solicito los servicios del Dr. William Kirby, del centro William Kirby, D.O., Inc., y sus empleados, enfermeros, contratistas independientes, agentes y representantes ("New Look Aesthetics", permiso para uso de nombre de fantasía (FNP) de California en servicios de medicina osteopática n.º 1519) para recibir tratamientos con láser o IPL. Comprendo que los tratamientos estéticos con láser o IPL, tales como la eliminación de tatuajes, la reducción del vello y el fotorrejuvenecimiento, son procedimientos voluntarios y no están cubiertos por Medicare, Medi-Cal, HMO, PPO o planes de seguros probados. Comprendo que New Look Aesthetics no enviará reclamos a ninguna compañía de seguros. Reconozco que soy el responsable único y exclusivo con respecto a todos los honorarios y cargos incurridos en relación con los tratamientos que reciba. Comprendo que debo pagar por los servicios en el momento en que son proporcionados. Además, comprendo plenamente que NO habrá ningún reintegro de los cargos, honorarios o paquetes previamente abonados.

POLÍTICA SOBRE LLEGADA TARDE O NO CONCURRENCIA A LAS CITAS

Comprendo que New Look Aesthetics se esfuerza por tratar a todos los pacientes en los horarios programados y que debo proporcionar una notificación con 24 horas de anticipación en el caso de que necesite cambiar la fecha de la visita o no pueda concurrir a la cita. Comprendo que se me cobrará un cargo de \$50.00 por no concurrir o cancelar la cita, en el caso de no notificar al centro al menos 24 horas antes de la cita programada. Comprendo que si compro un paquete de tratamiento, cada vez que cancele a último momento o no concurra a una cita, es posible que me cancelen un tratamiento del paquete. Comprendo que es posible que me facturen por cada cita a la que no concurra o que cancele a último



momento, y que en el caso de no concurrir a las citas o llegue tarde con frecuencia, es posible que me soliciten una tarjeta de crédito para reservar futuras citas.

(ESTE DOCUMENTO CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE →)

Certifico mediante mi nombre y mi firma a continuación que la información médica y de contacto que he indicado está completa y es precisa; y que he leído, comprendido perfectamente y estoy completamente de acuerdo con la política de garantía, el consentimiento del paciente conforme a la HIPPA, el acuerdo sobre la divulgación de fotografías, las políticas sobre responsabilidad financiera y llegada tarde o no concurrencia a las citas aquí incluidas.

X _____

Nombre

X _____

Fecha

X _____

Firma

Firma del personal (sólo para uso del centro)

----- SÓLO SI USTED ES MENOR DE 18 AÑOS -----

New Look Aesthetics no realizará ningún procedimiento a menores que no estén acompañados por un tutor legal.
(Los parientes o amigos que no sean tutores legales del paciente no califican)

**Nombre del tutor legal
paciente**

Relación con el

Fecha

Firma