



Smartlipo & Laser Consulta

Información Personal

Nombre: _____ Fecha: _____

Dirección de correo: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de (casa): _____ (Teléfono de Trabajo): _____

Cellular/Contacto principal: _____

Correo Electrónico: _____

Como Escuchastes de nuestro Servicio (Redes Sociales, Facebook, Instagram)? Fuiste referido a nuestro centro? Si es así, de quien: _____

Áreas de tratamiento deseadas: _____

Masculino ___ Hembra ___ Edad? ___

Altura _____ Peso _____ (**proporcionado por el personal**) BMI _____ (**proporcionada por el personal**)

Estas embarazada? Si _____ No _____

¿Ha tenido alguna cirugía previa de liposucción? Si _____ No _____

Desea tratamiento para celulitis? _____ Estrías _____ Cicatrices _____

Comentario: _____

Cual es tu presupuesto?

- \$2,000 - \$3,500 (Uno a dos areas)
- \$3,500 - \$6,000 (Dos a tres areas)
- \$6,000 - \$8,000
- \$8,000 - \$12,000
- Usted piensa financiar su cirugía? Nosotros aceptamos Care Credit (6 a 48 meses financiación; Tu seleccionas los términos de pago). Chequeo de crédito es conducta por la compañía de préstamos. Pregunta por más detalles.
- Nosotros aceptamos mayor tarjeta de crédito: VISA, MasterCard, American Express, Discover, Diner's Club.

Historial de Paciente -- por favor imprimir

Nombre de paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Fecha de examinacion de paciente: _____ Fecha de propuesto Smartlipo: _____
completar por el personal

Fecha del ultimo complete físico: _____ Fecha de EKG/ECG: _____

Físico tiene que ser dentro **12 Meses** de tu fecha de cirugía selectiva: **EKG/ECG necesario si 50 año** o problemas con el cardiólogo anterior (incluye hipertensión). **Un corriente físico es necesario para su cirugía.**

Fecha de último periodo menstrual (sólo mujeres): _____ Si no aplica, decir por qué (histerectomía, menopausia, ligadura de trompas, ect.) _____

Por favor revisa las áreas que estás considerando:

- Brazos (Superior) /Arms(upper)
- Axila (hyperhidrosis -- glándulas sudoríparas)/Armpit
- Brasier, Arriba (Arriba del brasier)/Bra, Above
- Brasier, Debajo (Debajo del brasier)/Bra, Under
- Abdominal, Arriba/ Abdominal upper
- Abdominal, Arriba (media luna)/Halfmoon
- Abdominal, Bajo/Abdominal Lower
- Manijas del amor/Love handles
- Espalda/Flancos Back/Flanks
- Uppershelf de las nalgas/Uppershelf (butt enhancement)
- Nalgas/Buttocks
- Reducción mamaria masculine/Male Breast Reduction
- Rodillas/Knees
- Gordo de la alforja/Saddle bags
- Muslos, parcial interior/parcial inner (arriba 4 inches)
- Muslos, complete interior/Full inner thigh
- Muslos, Frente/Front
- Muslos, Atras/Back
- Celulitis: Stage 1: _____ Stage3: _____ Stage3: _____

Cuanto Mejoramiento en contorno y cambio de cuerpo estas esperando?

- 99% - 80%
- 80% - 60%
- 60% - 40%
- 40% - 20%



Historial de Paciente -- por favor imprimir

Es imperativo que proporciones toda su historial medico durante tu consulta.
Tu forma de consulta estarán proyectado para determinar si usted es elegible para este procedimiento.
Se honesto para recibir el mejor y más seguro tratamiento posible.

Cual es tu medico nombre/dirección/numero de telefono: _____

Te gustaría que llamará a tu medico para discutir o notificar tus intención de tener Smartlipo echo? (Si existe condición medico, tu medico tal vez va acer contactado)

- Si
- No

Alguna vez has tenido liposucción antes:

- Si Lista todas las areas: _____
- No

Alguna vez has tenido plástico o reconstructivo cirugía antes?

- Si Que tipo de cirugía? _____
- No

Te queloides? (marcada cicatriz, sobrecrecimiento de tejido)

Te magullas fácilmente?

Tienes cualquier problemas de sangrado? (anemia) Porfavor lista: _____

Tienes cualquier problemas de riñón, tiroides, diabetes, circulación, metabólico, presión arterial o cualquier otra enfermedad?

- Si Cuales: _____
- No

Tienes alergias conocidas? De ser asi, porfavor lista ejemplo, Latex, cinta, penicilina, aspirina, Sulfa, codeína, etc.

- Si
- No

Tienes o as tenido alguna vez problemas para tomar medicamentos? Alergia o reacción adversa?

- Si De ser asi, porfavor lista cuales? incluye anestesia y medicamentos. _____
- No

Usted toma Aspirina, Coumadin, Excedrin, Motrin, or cualquier cualquier cosa que adelgace la sangre incluyendo Vitamina E Y medicamento a base de hierbas (Garlic, Ginger, Ginseng, Ginko)?

-

Lista TODO medicamentos actuales & vitaminas/suplementos en los últimos 6 meses ***PORFAVOR SE ACONSEJA QUE ESTA OFICINA PARTICIPA EN EL PROGRAMA DE MONITOREO DE PRESCRIPCIONES***

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 2. _____ |
| 3. _____ | 4. _____ |
| 5. _____ | 6. _____ |

Si es necesario, escriba medicamento adicional en esta línea: _____

Problemas médicos actuales:

Historial de Paciente -- por favor imprimir

Nombre de paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Pg3

Cualquier transfusión de sangre:

- Si
- No

Alguna vez has estado expuesto o tienes alguna enfermedad contagiosa? (Por ejemplo hepatitis, SIDA, HIV, STD, ect.)?

- Si Cuales: _____
- No

Lista cirugías pasadas: _____

Pernoctaciones en el hospital (para incluir nacimiento de un niño) _____

Si alguna vez has estado embarazada, cuantos partos? _____ Cualquier sección C? _____

Cualquier aborto involuntario reciente o aborto, si es así cuando _____ ***Hacemos esta pregunta porque una prueba de embarazo positiva falsa pospondrá su cirugía. No podemos operar un embarazo positivo a pesar de tipo de terminación hasta que recibamos un resultado negativo.

Has sido tratado para cualquier depression, emocional o problemas psiquiátricos

- Si
- No

En caso afirmativo, ¿está actualmente bajo cuidado? Con o sin medicación? _____

Cuales son tus principales preocupaciones sobre SmartLipo? _____

Entiende el procedimiento, los riesgos y los resultados esperados, Pre & Post SmartLipo instrucciones y la importancia de cuidado de seguimiento?

- Si
- No

Todavía no está claro acerca de? _____

Hemos aclarado y respondido todas sus preguntas?

- Si
- No

Su firma verifica que tiene claro este procedimiento.

Cualquier falla al proporcionar un médico preciso perfil/historia puede resultar en nuestro rechazo para proporcionar tu servicio. Su información será retenida en de acuerdo con HIPPA --acto de privacidad del paciente.

Firma

Fecha