

CUESTIONARIO DE ACEPTACIÓN DE SHR

(Confidencial, prohibida su reproducción o copia)

Nombre y Apellidos:

Dirección:

DNI: Edad: HOMBRE / MUJER

Teléfono de contacto: Fecha:/...../.....

Responda SI o NO. En caso de que la respuesta sea SI, desarrollar en observaciones.

1. Su estado de salud es: EXCELENTE/ BUENO/ REGULAR/ DEFICIENTE
2. ¿Ha recibido anteriormente un tratamiento con LÁSER O IPL?
3. Si la respuesta anterior ha sido SI, ¿el tratamiento le causó algún efecto secundario?
4. ¿Es usted alérgico a algún medicamento o cosmético?
5. ¿Padece o ha padecido alguna alteración o enfermedad cutánea?.....
6. ¿Su piel cicatriza con normalidad?.....
7. ¿Su piel tiende a la aparición de manchas?
8. ¿Sufre o ha sufrido alguna enfermedad cancerígena?
9. ¿Es usted diabético?
10. ¿Es usted epiléptico?
11. ¿Padece usted algún problema circulatorio?
12. ¿Padece usted alguna dolencia cardíaca?
13. ¿Padece usted problemas de tensión?.....
14. ¿Es usted portador de marcapasos?
15. ¿Padece usted algún problema hormonal?
16. ¿Padece usted alguna enfermedad?.....
17. ¿Está usted embarazada o en periodo de lactancia?
18. ¿Toma algún medicamento de forma continuada?
19. ¿Toma alguna sustancia fotosensibilizante?
20. ¿Cuánto tiempo ha transcurrido después de su última exposición solar?

***Deberá aportar justificantes médicos si el operador lo considera necesario.**

OBSERVACIONES:

.....
.....

CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE Y APELLIDOS DEL CLIENTE:

DNI: _____

MAYOR DE EDAD: SI/ NO

El suscrito declara y conforma que después de describir mis deseos y expectativas respecto a la depilación con SHR, recibí explicaciones suficientes sobre el tratamiento y sus posibles aspectos secundarios.

- Se me informó que la duración del tratamiento depende del tamaño y la ubicación del área a tratar y que el periodo entre una sesión y otra variara dependiendo del área tratada y como resultado de las diferentes fases de crecimiento del pelo en las diferentes partes del cuerpo, así como por la posible sensibilidad a variaciones hormonales.
- Se me explico que es posible que sienta ardor en la zona tratada después del tratamiento y en algunos casos pueden producirse enrojecimientos o falta de pigmentación, que desaparecerá en un breve periodo de tiempo.
- Asimismo, se me explicó que debido a que el equipo utilizado abarca una zona de trabajo determinada, puede suceder que en un tratamiento una parte de los pelos no reciba todo el tratamiento, en cuyo caso será necesarios tratamientos posteriores.
- Se me advirtió que debo llevar puestas las gafas protectoras durante todo el tratamiento y que no debo mirar directamente al cabezal aplicador.
- Entiendo que el resultado posible es la eliminación permanente o de muy larga duración del pelo, y que el número de sesiones dependerá de la evolución y características de mi tipo de pelo y piel.
- Me comprometo a obedecer las indicaciones del operador técnico así en el tratamiento como en las indicaciones posteriores entre sesiones.
- Entiendo que no puedo depilar la zona tratada entre sesiones, sólo rasurar o recortar con tijera.
- Conozco la imposibilidad de exponer mi piel directamente al sol o U.V.A 72 horas antes y después del tratamiento con fotodepilación (obedeceré las indicaciones de la operadora). Siempre usando un protector con factor total.

Fecha: _____ Hora: _____ Firma: _____

En caso de tratar a un menor de edad, identificación y autorización de los padres o tutores legales, dando su aprobación.

Nombre: _____ Firma: _____

SELECCIÓN DE CARACTERÍSTICAS DEL CLIENTE

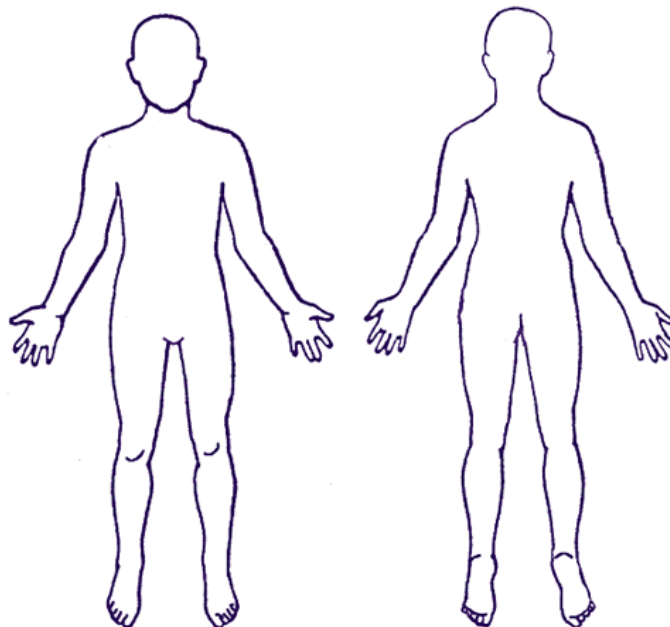
- **FOTOTIPO:**

- I: Piel muy blanca, siempre se quema, no se broncea.
- II: Piel bastante blanca, a veces se quema, se broncea con dificultad.
- III: Piel blanca, rara vez se quema, se broncea con facilidad.
- IV: Piel morena, casi nunca se quema, se broncea con mucha facilidad.
- V: Piel oscura, se broncean con muchísima facilidad.

- **CARACTERÍSTICAS DEL PELO:**

- GROSOR: Fino/ Medio/ Grueso
- COLOR: Rubio/ Pelirrojo/ Claro/ Castaño/ Negro
- DENSIDAD: Baja/ Media/ Alta

- **SELECCIONAR LA ZONA A TRATAR:**



FICHA DE TRATAMIENTO

NOMBRE Y APELLIDOS:

ZONA 1

[illegible]

ZONA 2

[illegible]

ZONA 3

[illegible]

ZONA 4

[illegible]