

FICHA CLÍNICA
Levantamiento de abdomen bajo

Fecha: _____

Nombre: _____ Edad: _____

Género: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ e-mail: _____

Historial médico:

¿Tiene alguna condición médica preexistente? (Ejemplo: diabetes, enfermedades de la piel, alergias):

¿Toma algún medicamento actualmente? (Especificar nombre y dosis): _____

Alergias (especialmente a productos de cuidado de la piel o anestésicos): _____

¿Ha tenido cirugías previas en la zona abdominal? Si es así, describa: _____

¿Está embarazada o en periodo de lactancia? _____

Historial estético:

¿Ha recibido tratamientos estéticos en el pasado? (Ejemplo: cirugía estética, tratamientos de belleza):

Describa cualquier tratamiento estético anterior y sus resultados: _____

Historial de flacidez abdominal:

¿Cuándo notó por primera vez la flacidez en su abdomen? _____

¿Qué factores cree que contribuyeron a la flacidez en su abdomen? (Ejemplo: embarazo, cambios de peso, falta de ejercicio): _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA EL TRATAMIENTO
-LEVANTAMIENTO DE ABDOMEN BAJO-

Entiendo que el tratamiento de levantamiento de abdomen bajo implica procedimientos estéticos y técnicas para abordar la flacidez abdominal. He sido informado de los riesgos y beneficios asociados con el tratamiento.

Acepto someterme a este tratamiento y autorizo a los profesionales a realizarlo.

Firma del paciente

Firma de cosmetólogo@

Fecha

Fecha