

## 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