

Q#: \_\_\_\_\_

Consultora: \_\_\_\_\_

Apellido(s): \_\_\_\_\_ Nombre(s): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Tel de Casa: \_\_\_\_\_ Tel de Trabajo: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacim. (M/D/Año): \_\_\_\_\_ Años: \_\_\_\_\_

- Si, deseo estar en la lista de correos y correo electrónico para recibir información Sobre promociones y eventos. (Respetamos su privacidad y no rentamos vendemos o compartimos su información).

**¿Cuál es la mejor forma de contactarlo? (Por favor marque las que apliquen)**

- Tel de Casa  Tel de Trabajo  Celular  Correo Electrónico  Mensaje de Texto  Correo Regular

**¿Podemos dejar un mensaje con alguien que no sea usted?  Sí  No**

**¿Cuáles de los siguientes le interesan más? (Cheque todos los que apliquen.)**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> BOTOX Cosmético                              | <input type="checkbox"/> Tratamientos con Laser         | <input type="checkbox"/> Maquillaje            |
| <input type="checkbox"/> Relleno Dérmico (Juvederm, Radiesse, Voluma) | <input type="checkbox"/> Rejuvenecimiento de la Piel    | <input type="checkbox"/> Pestañas Inadecuadas  |
| <input type="checkbox"/> Eliminación de arrugas                       | <input type="checkbox"/> Tono Facial/Reducción de Poros | <input type="checkbox"/> Terapia de Celulitis  |
| <input type="checkbox"/> Thermage (Cara y Cuerpo)                     | <input type="checkbox"/> Manejo de Piel Sensible        | <input type="checkbox"/> Curvar el Cuerpo      |
| <input type="checkbox"/> Peels Químicos (AHA, Glycolic, TCA)          | <input type="checkbox"/> Rosácea/Enrojecimiento facial  | <input type="checkbox"/> Pérdida de Peso       |
| <input type="checkbox"/> Microdermoabrasión/Peel de Piel              | <input type="checkbox"/> Facial/Venas en Piernas        | <input type="checkbox"/> Remover Vello         |
| <input type="checkbox"/> Dermal infusión-Cara, Cuerpo                 | <input type="checkbox"/> Daño Solar (Manchas Cafés)     | <input type="checkbox"/> Manos/Pies Sudorosos  |
|   | <input type="checkbox"/> Acné                           | <input type="checkbox"/> Faciales/Tratam. Ojos |
|   | <input type="checkbox"/> Cuidado de la Piel/ Productos  | <input type="checkbox"/> Otro _____            |

**¿Cómo supo de nosotros?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pariente/Amigo—Nombre: _____   | <input type="checkbox"/> Twitter                     |
| <input type="checkbox"/> Anuncio en AT&T Yellow Pages   | <input type="checkbox"/> Dermanetwork                |
| <input type="checkbox"/> Periódico—¿Cual? _____         | <input type="checkbox"/> Yelp                        |
| <input type="checkbox"/> Anuncio Exterior               | <input type="checkbox"/> www.BeautiqueMedicalSpa.com |
| <input type="checkbox"/> TV—¿Qué Canal? _____           | <input type="checkbox"/> www.BotoxCosmetic.com       |
| <input type="checkbox"/> Correo/Folleto                 | <input type="checkbox"/> www.Radiesse.com            |
| <input type="checkbox"/> Estación de Radio—¿Cuál? _____ | <input type="checkbox"/> www.Janelredale.com         |
| <input type="checkbox"/> Evento—¿Cuál? _____            | <input type="checkbox"/> Otro—Especifique: _____     |
| <input type="checkbox"/> Facebook                       |  |

**SU SALUD:**

¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes problemas de salud?

- |   |   |                                       |   |
|---|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Cáncer               | <input type="checkbox"/> Lesiones Vertebrales | <input type="checkbox"/> Hígado       | <input type="checkbox"/> Males Sanguíneos |
| <input type="checkbox"/> Diabetes             | <input type="checkbox"/> Histerectomía        | <input type="checkbox"/> Riñón        | <input type="checkbox"/> Hemofilia        |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia            | <input type="checkbox"/> Condiciones Tiroides | <input type="checkbox"/> Asma         | <input type="checkbox"/> Embolia          |
| <input type="checkbox"/> Problemas Cardíacos  | <input type="checkbox"/> Venas Varicosas      | <input type="checkbox"/> Pulmón       | <input type="checkbox"/> Trombosis        |
| <input type="checkbox"/> Mal Balance Hormonal | <input type="checkbox"/> Problemas Sistémicos | <input type="checkbox"/> Constipación | <input type="checkbox"/> Embolia Pulmonar |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión         | <input type="checkbox"/> HIV Positivo         | <input type="checkbox"/> Otro _____   |   |

En caso, afirmativo explique: \_\_\_\_\_

¿Sigue alguna dieta estricta?

Sí  No

¿Ha perdido o ganado peso significativo en los últimos 6 meses?  Sí  No

¿Toma vitaminas, medicinas, adelgazador sanguíneo, píldoras de dieta o minerales?  Sí  No

Liste los medicamentos que toma regularmente:

Suplementos: \_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_

¿Fuma?  Sí  No

¿No tiene actividad física?  Sí  No

¿Tiene patrones irregulares de sueño?  Sí  No

¿Tiene implantes de metal o marcapaso?  Sí  No

¿Es alérgico a mariscos o iodo? ¿Otras alergias?  Sí  No

En caso, afirmativo explique: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido coágulos sanguíneos?  Sí  No

## SU PIEL

¿Cuál es su preocupación principal? \_\_\_\_\_

¿Ha visto signos de cambio en su piel últimamente?  Sí  No

¿Qué productos para el cuidado de la piel usa? Marca(s): \_\_\_\_\_

Jabón  Sueros  Tonificador  Exfoliante  Productos para Ojos

Limpiador  Crema de Noche  Hidratante  Mascarilla  Otros

## HISTORIA DE EXFOLIACIÓN

¿Ha tenido peles químicos, laser, microdermoabrasión o tratamientos de resurgimiento?  Sí  No  
 en el último mes  en los últimos tres meses  en los últimos seis meses

¿Actualmente usa productos que contienen alguno de estos ingredientes?  Sí  No

Cheque todos los que apliquen.

Acido Glicólico  Algún Producto con Acido Hidróxido  Accutane

Retin A  Renova  Adapalene (Differen)

Acido Láctico  Vitamin A Derivatives (Retinol)  Jabones Exfoliantes

Hydroquinone  Otros: \_\_\_\_\_

## ACTIVIDAD NERVIOSA

¿Bebe bebidas con cafeína (café, té, refrescos)?  Sí  No

¿Cuántas diarias (combinando todas)? \_\_\_\_\_

¿Ha experimentado una sensación en su piel de quemadura o comezón?  Sí  No

¿Cuándo? Explique: \_\_\_\_\_

¿Cuál es su tolerancia al dolor?  Baja  Media  Alta

¿Ha experimentado claustrofobia?  Sí  No

## CLIENTES FEMENINAS UNICAMENTE

¿Está tomando anticonceptivos orales?  Sí  No

¿Ha cambiado de marca de anticonceptivos en los últimos 6 meses?  Sí  No

¿Está embarazada o tratando de embarazarse?  Sí  No

¿Es regular su ciclo (periodo) mensual?  Sí  No

## UNICAMENTE CLIENTES MASCULINOS

¿Experimenta vellos subcutáneos?  Sí  No

¿Le interesa remover vello?  Sí  No

## POLITICAS DEL SPA

Estoy consciente que hay una política de 24 horas para cancelar. (Cargos completos aplicarán) y acepto a estos términos y condiciones.  Sí  No Sus Iniciales \_\_\_\_\_

Confirmando que a mi entender, todas las respuestas que he dado en todas las páginas anteriores son correctas y que no he ocultado ninguna información que pueda ser relevante para mi tratamiento

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Acuerdo de Políticas

Firme e inicialice en las áreas asignadas, para indicar que las siguientes políticas han sido leídas, comprendidas y aceptadas. Deberán completarse antes de recibir en cualquier clínica los servicios o productos comprados. En caso de ser menor de edad, se requiere la firma de un padre o tutor.

### Inicializar

- Entiendo que el pago de todos los servicios y productos vencen al momento de recibir los servicios. Beautique Medical Spa acepta MasterCard, Visa, Discover, American Express, financiamiento Credit Care and efectivo. **No aceptamos cheques.**
- Llegaré a tiempo a mi cita. Si llego tarde, llamaré a Beautique para avisarle a mi especialista en piel. Retrasos mayores a 15 minutos pueden requerir reprogramación. Una Representante Beautique le proveerá la misma llamada de cortesía en caso de que se espere una demora por nuestra parte que exceda 15 minutos.
- Entiendo que todas las series y paquetes comprados deben usarse durante un año calendario empezando al primer tratamiento.
- Entiendo que NO HAY REEMBOLSOS en productos, solamente cambios. Todas las ventas realizadas son definitivas. Artículos en No-en existencia y productos especiales ordenados deberán pagarse por adelantado. Todas las ordenes especiales son definitivas y no son elegibles para cambios o reembolsos.
- Si desarrollo una alergia o experimento alguna irritación al producto, llamaré a la clínica en las siguientes 24 horas. Los cambios se efectuarán dentro de los 14 días después de la compra, el envase debe estar  $\frac{3}{4}$  lleno y el cambio debe ser autorizado por una especialista en cuidado de la piel.
- Toda la información del cliente y sus registros son confidenciales a menos que usted nos autorice a compartirlo con otros.
- Acepto que mantendré informada a especialista de cuidados de la piel, de cualquier cambio en mi rutina de cuidado en casa, estilo de vida y salud que pueda afectar directamente los resultados que estoy buscando en los servicios de la clínica. Traeré todos los medicamentos orales o tópicos que son prescritos por cualquier fuente externa o un doctor.
- Autorizo a Beautique a tomar fotografías de mi en cualquier momento de mi manejo de cuidado de la piel según sea considerado necesario para mis registros de cliente. Éstas fotos son para el cliente/ técnico como referencia únicamente.
- Cualquier foto para publicación, revistas o publicidad, requiere mi consentimiento. (Por favor marque si o no.)
  - Si, doy mi permiso para usar mis fotos para propósitos educacionales o publicidad.
  - Llenó la liberación de fotos. BMS REP:  Fecha:
  - No, doy mi permiso para usar mis fotos para propósitos educacionales o publicidad.
- Autorizo que Beautique haga cargos en mi tarjeta de crédito archivada para pagos recurrentes, ordenes especiales y pre ordenadas, cargos por no asistir y ordenes por teléfono.

# Convenio de No Asistencia/Cancelación

## Aviso de 24-Horas para Reprogramar Citas

Se requiere avisar con 24-horas antes la reprogramación de su cita para evitar cargos por cancelaciones de ultimo momento. Entendemos que pueden surgir inesperadas circunstancias de vez en cuando pero le pedimos que nos informe como una consideración a nuestros proveedores de servicios que trabajan arduamente para usted. Por lo tanto pedimos nos sea notificado 24 horas. antes si no puede asistir a su cita. Si no se presenta a su cita, tendrá un cargo del 50% del servicio(s) programado si no se recibe la cancelación y es documentado por un representante de Beautique. Con el fin de evitar el cargo, una comunicación verbal con un miembro del personal es indispensable. No aceptamos cancelaciones por mensajes de texto, correos electrónicos, o Facebook, etc. **Sus Iniciales:** \_\_\_\_\_

## Cargo por no asistir a su cita

El cargo por no asistir a su cita nos permite compensar a nuestros proveedores de servicios una compensación por citas canceladas. Sabemos que usted respeta nuestro personal y comprende por que solicitamos su cooperación. **Sus Iniciales:** \_\_\_\_\_

## Recordatorio de Citas

Para ayudarlo a no olvidar su cita, hacemos cinco recordatorios:

1. Una semana antes de su cita programada usted recibirá un correo electrónico de recordatorio. Este es su primera oportunidad para reprogramar su cita.
2. Dos días antes de su cita programada, recibirá un correo electrónico adicional si aun no ha confirmado su asistencia.
3. Dos días antes de su cita un Representante de Servicios al Cliente le llamará para confirmar su cita. Si no puede contactarla, dejará un mensaje. Si usted no regresa su mensaje, se asume que usted asistirá a su cita. Si no asiste tendrá un cargo por no asistencia.
4. El día de su cita puede que reciba una llamada si no hemos oído de usted.
5. El día de su cita recibirá un recordatorio en un correo electrónico y un mensaje de texto.

Si usted tiene una emergencia que le evite asistir por favor llámenos (956) 664-1234 para informarnos y trataremos de hacer algo. Si no nos puede llamar ese día por la naturaleza de la emergencia, por favor infórmenos sobre lo que está pasando tan pronto como sea posible. Siempre nos preocupa su bienestar.

**Sus Iniciales:** \_\_\_\_\_

Su firma indica que seguirá las políticas de éste convenio que ha leído, comprendido y aceptado. Completarlo es un requisito antes de recibir cualquier servicio clínico o para adquirir productos. Si usted es menor de edad, un padre /tutor deberá firmar.

Comprendo que es mi responsabilidad el notificar Beautique Medical Spa si no puedo asistir a mi cita. Autorizo a hacer el correspondiente cargo a mi tarjeta registrada por el 50% del servicio(s) no recibido por no asistir. Recibiré un recibo vía correo normal por éste cargo.

Al firmar por el menor de edad entiendo que actúo como su garantizador de éstas políticas.

**Firma del Cliente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Cliente (impreso):** \_\_\_\_\_

**Firma del Padre o Tutor:** \_\_\_\_\_