



ADMISIÓN DE NUEVO CLIENTE E HISTORIAL DE SALUD

Por favor complete todas las secciones de manera completa y precisa. Su información es estrictamente confidencial.

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre Completo:	Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA):
Teléfono de Casa:	Teléfono Celular:
Correo Electrónico:	
Dirección:	
Ciudad:	Estado / Código Postal:
Fecha de Hoy:	Referido Por:

Acepto recibir recordatorios de citas por mensaje de texto a mi número celular: ☐ Sí ☐ No Núm. de Celular:

Nombre de Contacto de Emergencia:	Teléfono:	Parentesco:
-----------------------------------	-----------	-------------

TIPO DE PIEL Y PREOCUPACIONES PRINCIPALES

¿Cómo describiría su piel?

☐ Seca ☐ Normal ☐ Grasa ☐ Mixta ☐ Propensa al Acné ☐ Sensible

Preocupaciones Principales de la Piel (marque todas las que apliquen):

☐ Acné / Brotes	☐ Hiperpigmentación / Manchas Oscuras	☐ Líneas Finas y Arrugas
☐ Rosácea / Enrojecimiento	☐ Poros Dilatados	☐ Piel Opaca / Deshidratada
☐ Daño Solar / Manchas de la Edad	☐ Cicatrices / Marcas Post-Acné	☐ Tono de Piel Desigual
☐ Vello No Deseado	☐ Eliminación de Tatuajes	☐ Otro (describa abajo):

Otras preocupaciones adicionales:

HISTORIAL MÉDICO — ¿ALGUNA VEZ HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES?

Marque Sí o NO. Si es Sí, explique en el espacio proporcionado.

CONDICIÓN / PREGUNTA	SÍ	NO
----------------------	----	----



Nombre del Cliente: _____

HISTORIAL MÉDICO — ¿ALGUNA VEZ HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES? (continuación)

Marque **SÍ** o **NO** para cada punto. Si es **SÍ**, explique en el espacio provisto al final de esta página.

CONDICIÓN / PREGUNTA	RESPUESTA
Cáncer actual o antecedentes de cáncer, incluyendo melanoma maligno, cáncer de piel no melanoma recurrente, o lesiones precancerosas como nevos displásicos múltiples	SÍ / NO
Cualquier infección cutánea activa, herida abierta o lesión activa	SÍ / NO
¿Fuma usted?	SÍ / NO
¿Actualmente en tratamiento por alguna condición médica?	SÍ / NO
¿Ha consultado a un médico sobre su piel?	SÍ / NO
Alergias cutáneas de cualquier tipo	SÍ / NO
Psoriasis o eccema en el área a tratar	SÍ / NO
Lunares con vello en el área a tratar	SÍ / NO
Alérgico/a al Látex, la Lidocaína, o alguna Loción	SÍ / NO
Cirugía en el área a tratar	SÍ / NO
Enfermedad infecciosa o tuberculosis	SÍ / NO
Epilepsia / Trastorno convulsivo	SÍ / NO
Trastornos de sangrado o coagulación	SÍ / NO
Enfermedad cardíaca / vascular o marcapasos / desfibrilador interno	SÍ / NO
Diabetes o trastornos de azúcar en la sangre	SÍ / NO
Trastornos endocrinos	SÍ / NO
Terapia de reemplazo hormonal	SÍ / NO
Lupus eritematoso o condición autoinmune	SÍ / NO
Cicatrices queloides o hipertróficas	SÍ / NO
Herpes simple (fuegos labiales) — antecedentes de brotes	SÍ / NO
Síndrome de ovario poliquístico	SÍ / NO
Trastorno de la tiroides	SÍ / NO
Presión arterial alta o baja	SÍ / NO
Enfermedad del corazón, riñón o hígado	SÍ / NO
Enfermedades inmunosupresoras, incluyendo SIDA / VIH, o uso de medicamentos inmunosupresores	SÍ / NO
Vitíligo	SÍ / NO
Maquillaje permanente o tatuajes cosméticos	SÍ / NO
Trastorno neurológico	SÍ / NO
Triglicéridos altos (hereditarios)	SÍ / NO
Operaciones abdominales	SÍ / NO
¿Su piel queda descolorida después de sanar de una cortada?	SÍ / NO
Exposición al sol o bronceado artificial durante las 3 a 4 semanas previas al tratamiento	SÍ / NO
Uso de medicamentos o hierbas fotosensibles (por ejemplo, Isotretinoína, tetraciclina, Hierba de San Juan)	SÍ / NO

Si respondió SÍ a alguno de los anteriores, por favor explique:



Nombre del Cliente: _____

MEDICAMENTOS Y ALERGIAS

Enumere TODOS los medicamentos actuales (incluyendo suplementos, vitaminas, aspirina): _____

¿Consumo diario de alcohol? ¿Cuántas bebidas al día? _____

¿Alérgico/a a algún medicamento? Si es sí — indique el medicamento y la reacción: ☐ Sí ☐ No

¿Usa medicamentos comprados fuera de EE. UU.? ☐ Sí ☐ No

¿Alérgico/a al zinc o al níquel? ☐ Sí ☐ No

¿Actualmente usa alguno de los siguientes?

☐ Retin-A _____ % ☐ Differin _____ % ☐ Renova _____ % ☐ Tazorac _____ % ☐ Obagi ☐ AHA / Glicólico

Otros productos tópicos que usa actualmente: _____

SOLO PARA MUJERES

¿Está Embarazada o Amamantando? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene periodos menstruales regulares? ☐ Sí ☐ No

¿Está pasando por la menopausia? ☐ Sí ☐ No

¿Está planeando un embarazo durante el curso de su tratamiento? ☐ Sí ☐ No

¿Durante algún embarazo desarrolló hiperpigmentación o melasma (máscara del embarazo)? ☐ Sí ☐ No

EXPOSICIÓN AL SOL Y ESTILO DE VIDA

¿Usa lociones o aerosoles autobronceadores químicos? ☐ Sí ☐ No

¿Ha estado de vacaciones bajo el sol recientemente? ☐ Sí ☐ No

Motivo de la visita — área(s) a tratar: _____

Tratamientos previos (si los hay): _____

CONFIRMACIÓN

Confirmo que he respondido todas las preguntas de manera veraz y correcta según mi mejor conocimiento. Entiendo que es mi responsabilidad informar a Tu Es Belle Spa de cualquier cambio en mi salud, medicamentos o condiciones de la piel antes de cada visita.

Firma del Cliente _____

Fecha _____

Nombre en Letra de Molde: _____



ENCUESTA DE LA PIEL

Ayúdenos a entender su piel y sus objetivos para poder personalizar su plan de tratamiento.

Nombre del Cliente: _____

1. ¿Cómo reacciona su piel al sol?

2. ¿Con qué frecuencia limpia su piel?

3. ¿Con qué frecuencia exfolia su piel?

4. ¿Qué productos para el cuidado de la piel usa actualmente?

5. ¿Está satisfecho/a con su programa actual de cuidado de la piel? ¿Por qué sí o por qué no?

6. ¿Recibe tratamientos faciales profesionales? Si es así, por favor describa:

7. ¿Qué resultados finales desea lograr para su piel?



EVALUACIÓN DEL TIPO DE PIEL

Escala de Fitzpatrick — Utilizada para determinar los ajustes de tratamiento adecuados para su piel

Nombre del Cliente: _____

	0	1	2	3	4
Color de ojos	Azul Claro / Verde	Gris	Azul	Marrón Oscuro	Marrón / Negro
Color natural del cabello	Rubio Rojizo / Rojo	Rubio	Castaño / Rubio Oscuro	Marrón Oscuro	Negro
Color de piel	Rojiza	Muy Pálida	Pálida	Marrón Claro	Marrón Oscuro
¿Pecas?	Muchas	Varias	Pocas	Escasas	Ninguna

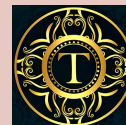
	0	1	2	3	4
Sobreexposición al sol	Enrojecimiento / Ampollas / Descamación	Ampollas / Descamación	Se Quema a Veces / Descama	Rara Vez se Quema	Nunca se Quema
¿Su piel se broncea?	Casi Nada / Para Nada	Bronceado Claro	Bronceado Medio	Se Broncea Fácilmente	Se Oscurece Rápidamente
¿Se broncea en horas?	Nunca	Rara Vez	A Veces	Frecuentemente	Siempre
¿Reacción del rostro al sol?	Muy Sensible	Sensible	Normal	Muy Resistente	Sin Problema

	0	1	2	3	4
¿Última exposición al sol por más de 30 minutos?	Más de 3 Meses	2 a 3 Meses	1 a 2 Meses	Menos de 1 Mes	Menos de 2 Semanas
¿Área a tratar expuesta a bronceado por más de 30 min?	Nunca	Casi Nunca	A Veces	Frecuentemente	Siempre

SOLO PARA USO DEL PERSONAL

Puntaje Total: _____

Tipo Fitzpatrick: _____



RESUMEN DEL PUNTAJE FITZPATRICK

Nombre del Cliente: _____

RANGO DE PUNTAJE TOTAL	TIPO DE PIEL FITZPATRICK
0 a 8	Tipo I
9 a 16	Tipo II
17 a 24	Tipo III
25 a 30	Tipo IV
31 a 34	Tipo V
35 en adelante	Tipo VI

Nota Importante: La piel recientemente bronceada puede afectar la precisión del puntaje del tipo de piel. La determinación final del tipo de piel la realiza la Esteticista Médica con base en la evaluación clínica.

POLÍTICA DE FOTOS, VIDEO Y TELÉFONO

- Por favor pida permiso antes de tomar fotos o video en la sala de tratamiento.
- Por favor mantenga su teléfono en silencio/vibrador durante toda su cita.

TIPO DE PIEL DEL CLIENTE (I–VI): _____

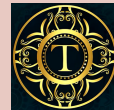
Fecha de Evaluación: _____

Evaluated por (Iniciales del Personal): _____

¿Tratamiento Aprobado para Hoy? _____

TU ES BELLE SPA

Esteticista Médica | Houston, TX
333 West Loop North, Suite 410 | Houston, TX 77024
(346) 812-7727 | www.tuesbellespa.com



CONSENTIMIENTO GENERAL Y POLÍTICA DE CITAS

Por favor lea con atención, ponga sus iniciales en cada sección, y firme al final.

Nombre del Cliente: _____

CONSENTIMIENTO Y ACUERDO

- ☐ Entiendo que todos los tratamientos que ofrece Tu Es Belle Spa son únicamente para fines profesionales de cuidado de la piel y no sustituyen la atención médica.
- ☐ He revelado todo mi historial de salud relevante, alergias y medicamentos a mi Esteticista Médica, y acepto actualizar esta información en cada visita.
- ☐ Entiendo que los resultados pueden variar según mi condición individual de la piel, mi estilo de vida y el cumplimiento de las instrucciones de cuidado posterior proporcionadas por Tu Es Belle Spa.
- ☐ Reconozco que puede haber enrojecimiento temporal, irritación, sensibilidad, moretones u otros efectos secundarios después de los tratamientos, y que estos son normales y esperados.
- ☐ Libero a Tu Es Belle Spa y a su Esteticista Médica de toda responsabilidad relacionada con mis tratamientos, siempre que se hayan seguido los protocolos adecuados y que yo haya revelado con precisión toda mi información de salud.
- ☐ Tu Es Belle Spa se reserva el derecho de rechazar el servicio a cualquier cliente en cualquier momento si la Esteticista Médica determina que el tratamiento está contraindicado, no es seguro, o no conviene a los mejores intereses del cliente.

POLÍTICA DE CITAS

LLEGADA TARDÍA — CARGO DE \$25: Las citas se reservan exclusivamente para usted. Los clientes que lleguen con más de 15 minutos de retraso recibirán un cargo de \$25.00 por tardanza. Dependiendo del tiempo restante disponible, su tratamiento podrá acortarse o reprogramarse a discreción de la Esteticista Médica. Iniciales: _____

CANCELACIÓN / REPROGRAMACIÓN — CARGO DE \$75 SI ES DENTRO DE 48 HORAS: Se requiere un aviso mínimo de 48 horas para cancelar o reprogramar cualquier cita sin cargo. Cualquier cancelación o reprogramación con menos de 48 horas de aviso resultará en un cargo de \$75.00 a la tarjeta registrada o pagadero en la próxima visita. Iniciales: _____

NO AVISO / NO PRESENTARSE: Los clientes que no se presenten a su cita programada sin previo aviso perderán esa sesión de tratamiento O recibirán un cargo de \$100.00 por no presentarse. Las excepciones por emergencias médicas documentadas se consideran caso por caso. Iniciales: _____

CANCELACIONES REPETIDAS: Después de 3 citas perdidas o canceladas dentro de un período de 12 meses, se requerirá un depósito de \$100.00 para asegurar todas las citas futuras. Iniciales: _____

PAQUETES Y SERVICIOS PREPAGADOS — VENCIMIENTO DE 6 A 9 MESES: Todas las sesiones, paquetes y servicios prepagados adquiridos deben utilizarse dentro de 6 a 9 meses a partir de la fecha de compra. Cualquier sesión restante no utilizada dentro de este período se perderá sin reembolso. Iniciales: _____

PAGO: El pago total se debe realizar al momento del servicio. Consulte la página adjunta de Selección de Método de Pago para conocer los tipos de pago aceptados. Todas las ventas son finales. La tarifa pagada corresponde a la realización del tratamiento, no a la garantía de un resultado específico. Iniciales: _____

DEPÓSITOS: Los depósitos no son reembolsables. Sin embargo, pueden transferirse o aplicarse a una cita reprogramada si se proporciona el aviso adecuado (48 horas o más). Iniciales: _____

RECONOCIMIENTO Y FIRMA FINAL

Al firmar a continuación, confirmo que he leído, entendido y acepto todas las políticas y términos de consentimiento anteriores. Certifico que toda la información que he proporcionado es precisa y completa según mi mejor conocimiento.

Firma del Cliente _____ Fecha _____

Nombre Completo en Letra de Molde: _____

Si el cliente es menor de edad (menor de 18 años): se requiere la firma y el nombre en letra de molde del padre, madre o tutor a continuación.

Firma del Padre/Madre/Tutor (si aplica) _____ Fecha _____

Nombre del Padre/Madre/Tutor en Letra de Molde: _____



SELECCIÓN DE MÉTODO DE PAGO

Por favor encierre en un círculo el método de pago utilizado en la visita de hoy

Nombre del Cliente: _____

TARJETAS DE CRÉDITO Y DÉBITO

☐ Visa ☐ Mastercard ☐ American Express ☐ Discover

BILLETERAS DIGITALES

☐ Apple Pay ☐ Google Pay

COMPRE AHORA, PAGUE DESPUÉS

☐ Affirm ☐ Afterpay ☐ Klarna

PAGOS DIRECTOS Y MÓVILES

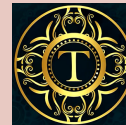
☐ Débito Directo ACH ☐ Cash App ☐ Zelle ☐ Venmo ☐ Square ☐ GP ☐ Efectivo

Monto Cobrado: \$ _____

Iniciales del Personal: _____

Fecha: _____

Firma del Cliente: _____



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFÍAS

Autorización y Liberación Fotográfica

Nombre del Cliente en Letra de Molde: _____

Esta liberación fotográfica corresponde a las fotografías tomadas durante el siguiente tratamiento:

CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFIAR

Consiento voluntariamente que Tu Es Belle Spa tome fotografías de antes, durante y después con el propósito de dar seguimiento al progreso de mi tratamiento. Entiendo que estas fotografías se guardarán de manera confidencial en mi expediente de cliente.

USO EN MERCADEO Y PROMOCIÓN — POR FAVOR PONGA SUS INICIALES EN SU ELECCIÓN

SÍ — Consiento que Tu Es Belle Spa use mis fotografías para publicidad general, difusión, redes sociales, sitio web, folletos u otros fines promocionales. Mi información de identificación no será divulgada sin mi consentimiento por escrito por separado.

Iniciales: _____

NO — NO consiento que mis fotografías sean utilizadas para ningún fin de mercadeo o promoción. Las fotos deben conservarse únicamente en mi expediente de cliente.

Iniciales: _____

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Entiendo que puedo revocar este consentimiento fotográfico en cualquier momento presentando una solicitud por escrito a Tu Es Belle Spa en 333 West Loop North, Suite 410, Houston, TX 77024, o por correo electrónico a aestheticsbyrozmin@gmail.com. Al recibir mi revocación por escrito, Tu Es Belle Spa retirará mis fotografías de cualquier uso público y las conservará únicamente en mi expediente confidencial de cliente.

LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Por la presente libero a Tu Es Belle Spa de cualquier reclamo, demanda, causa de acción o procedimiento de cualquier naturaleza que surja de la publicación o distribución de dichas fotografías, de acuerdo con los términos de este formulario de consentimiento.

FIRMA

Firma del Cliente _____

Fecha _____

Nombre en Letra de Molde: _____

SOLO PARA USO DE LA OFICINA

Iniciales de la Esteticista / Personal: _____

Fecha: _____



CONSENTIMIENTO PARA RESURFACING DE PIEL CON LÁSER

Skin Resurfacing/CO2 | Er:Yag 2940nm | Resurfacing Fraccionado CO2

Nombre del Cliente/Paciente: _____ Sitios de Tratamiento: _____

AUTORIZACIÓN

Autorizo debidamente a la Esteticista Médica de Tu Es Belle Spa a utilizar el Resurfacing Láser de la Piel — incluyendo el sistema Skin Resurfacing/CO2 Er:Yag 2940nm y el resurfacing ablativo fraccionado de la piel — y cualquier cuidado posterior al tratamiento que sea necesario.

DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO

El Resurfacing Láser de la Piel es un dispositivo láser diseñado para el resurfacing ablativo fraccionado de la piel. Los resultados clínicos pueden variar según el tipo de piel, el historial médico, la cantidad de daño solar o problemas de textura, el cumplimiento del paciente con las instrucciones antes/después del tratamiento, y la respuesta individual al tratamiento.

Indicaciones: Resurfacing de la piel, cicatrices de acné, desvanecimiento de estrías de espesor total, poros dilatados, textura de piel áspera, hiperpigmentación, líneas finas y arrugas, manchas marrones, cicatrices quirúrgicas y traumáticas, y daño solar.

RIESGOS Y EFECTOS SECUNDARIOS

Entiendo que existe la posibilidad de efectos a corto plazo, incluyendo:

- ☐ Enrojecimiento y sensación de quemadura solar durante un par de horas o hasta 2 días si se realiza un tratamiento agresivo.
- ☐ Patrón de puntos de color de pálido a marrón oscuro y sensación de piel correosa entre los días 3 y 5, con descamación.
- ☐ Inflamación en las áreas tratadas de forma agresiva hasta el día 5.
- ☐ Ampollas, formación de costras, moretones temporales y decoloración temporal de la piel.
- ☐ Efectos secundarios raros, incluyendo cicatrización y decoloración permanente.

Los resultados clínicos pueden variar. No se dio **Ninguna Garantía** en cuanto al resultado final. La mejoría puede o no ser satisfactoria, ya que esto está influenciado por el tipo de piel (textura, grosor, grasa, u otras condiciones relacionadas con la exposición al sol). Estos efectos me han sido explicados en su totalidad.

ANTES DEL TRATAMIENTO — QUÉ HACER Y QUÉ NO HACER

- No usar joyería durante el tratamiento.
- Evite la exposición al sol durante al menos 3 semanas antes del tratamiento. No debe haber exposición directa al sol después del tratamiento — se debe aplicar en todo momento un bloqueador solar total UVA/UVB (no protector solar), como **Epionce Daily Shield SPF 50**. Es necesario el compromiso de evitar el sol por completo. La exposición al sol puede causar complicaciones que deben discutirse en su totalidad.
- Use un medicamento antiviral antes del tratamiento si tiene antecedentes de fuegos labiales (herpes simple).
- No aplique maquillaje antes del tratamiento. La piel debe limpiarse con **Epionce Milky Lotion Cleanser** y estar seca al momento del servicio.
- Suspenda Obagi, RetinA y regímenes similares 7 días antes del tratamiento y 7 días después del tratamiento.
- No use Botox ni Restylane (ni inyectables similares) durante las 2 semanas antes o después de su tratamiento láser.
- No tome Accutane dentro de los 6 meses previos al tratamiento.
- No use medicamentos o suplementos anticoagulantes (aspirina, aceite de pescado) durante los 3 días previos, a menos que sea médicamente necesario.

CUIDADO POSTERIOR AL TRATAMIENTO



Nombre del Cliente: _____

CUIDADO POSTERIOR AL TRATAMIENTO (continuación)

1. Evite el ejercicio aeróbico durante 3 a 5 días después del tratamiento.
2. No se recomiendan los baños calientes durante 3 a 5 días. Se recomiendan duchas rápidas y frescas.
3. Si la piel se abre o aparece una ampolla, aplique un ungüento antibiótico y notifique de inmediato a su Esteticista Médica.
4. Se pueden usar compresas frías, Ácido Hialurónico o Aloe Vera 99%+ para aliviar molestias temporales. El Ácido Hialurónico o el Aloe Vera 99%+ deben usarse en todo momento hasta que desaparezca el enrojecimiento y la piel haya terminado de descamarse por completo.
5. Evite la exposición al sol durante al menos 3 semanas después del tratamiento. Si sale al exterior, use en todo momento un bloqueador solar total UVA/UVB — **Epionce Daily Shield SPF 50** — no solo protector solar. Es esencial el compromiso de evitar el sol para lograr resultados y garantizar la seguridad.
6. No use maquillaje durante 3 a 5 días después del tratamiento, ni tampoco antes del tratamiento.
7. Suspenda Obagi, RetinA y regímenes similares hasta el día 7 después del tratamiento.
8. En el día 7, se recomienda un exfoliante suave para ayudar con los resultados.
9. No use Botox ni Restylane durante las 2 semanas antes o después de su tratamiento láser.

CONFIRMACIONES ADICIONALES

- ☐ No estoy embarazada ni amamantando en este momento.
- ☐ No he tomado Accutane en los últimos 6 meses.
- ☐ No tengo marcapasos ni desfibrilador interno.
- ☐ He completado la lista de historial médico y se me ha informado de lo que debo y "no debo" hacer antes, durante y después del tratamiento.
- ☐ Consiento la toma de fotografías y autorizo su uso anónimo para fines de auditoría médica, educación y promoción (sujeto a mi elección de consentimiento en el Formulario de Consentimiento para Fotografías).
- ☐ Certifico que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y que he leído y entendido completamente el contenido de este formulario de consentimiento.
- ☐ Entiendo que la tarifa que estoy pagando corresponde a la realización del tratamiento — NO es una garantía de ningún resultado específico. La tarifa pagada no está sujeta a reembolso.

VENCIMIENTO DEL PAQUETE: Entiendo que cualquier paquete o sesión prepagada que adquiriera debe usarse dentro de 6 a 9 meses a partir de la **Iniciales:** _____ fecha de compra. Las sesiones no utilizadas dentro de este período se perderán sin reembolso. Tu Es Belle Spa no ofrece reembolsos por ningún pago realizado.

CONSENTIMIENTO Y FIRMA

Firma del Cliente/Paciente _____

Fecha _____

Nombre en Letra de Molde: _____

Área(s) de Tratamiento: _____

Número de Sesión: _____



CONSENTIMIENTO PARA MICRONEEDLING Y MICRONEEDLING CON RF

Pluma de Microagujas con Radiofrecuencia | Reafirmación de la Piel e Inducción de Colágeno

Nombre del Cliente: _____ Área(s) de Tratamiento: _____

DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO

El Microneedling utiliza un dispositivo tipo pluma motorizada para crear micro-canales controlados en la piel, estimulando la respuesta natural de cicatrización del cuerpo y aumentando la producción de colágeno y elastina. Al combinarse con energía de Radiofrecuencia (RF), los resultados se potencian para reafirmar, tensar y renovar la textura de la piel. Este tratamiento aborda líneas finas, arrugas, cicatrices de acné, poros dilatados, textura desigual y flacidez de la piel.

El Complemento de RF Requiere una Consulta Más Profunda: La energía de Radiofrecuencia puede, en algunos casos, causar pérdida localizada de grasa. Tu Es Belle Spa se reserva el derecho de rechazar o negar la parte de RF del tratamiento si se determina que no es adecuada para usted.

REQUISITOS PREVIOS AL TRATAMIENTO

- ☐ Evite retinoides, retinol y ácidos exfoliantes (AHA/BHA) durante al menos 5 a 7 días antes del tratamiento.
- ☐ Evite la exposición al sol y las camas de bronceado durante al menos 2 semanas antes del tratamiento.
- ☐ No use medicamentos o suplementos anticoagulantes (aspirina, ibuprofeno, aceite de pescado) durante los 3 días antes del tratamiento, a menos que sea médicamente necesario.
- ☐ Evite Accutane durante un mínimo de 12 meses antes del tratamiento.
- ☐ No debe haber fuegos labiales, erupciones o infecciones cutáneas activas en el área de tratamiento el día del servicio.
- ☐ Llegue con la piel limpia — sin maquillaje ni lociones. Solo **Epionce Daily Shield SPF 50**.
- ☐ Si tiene antecedentes de fuegos labiales (VHS), informe a su Esteticista Médica — se puede recomendar tratamiento antiviral profiláctico antes de su cita.

RIESGOS Y EFECTOS SECUNDARIOS

- ☐ Enrojecimiento, hinchazón y sensibilidad temporal de la piel durante 24 a 72 horas después del tratamiento (similar a una quemadura solar).
- ☐ Sangrado puntiforme durante el tratamiento — esto es normal y esperado como parte del proceso de inducción de colágeno.
- ☐ Descamación o tirantez de la piel durante la fase de sanación (días 3 a 7). Algunos moretones.
- ☐ Oscurecimiento temporal de la piel (hiperpigmentación posinflamatoria) — más común en tonos de piel medios a oscuros.
- ☐ **El microneedling con RF no es adecuado para los tipos de piel Fitzpatrick IV, V o VI.**
- ☐ Riesgo de infección si no se siguen estrictamente las instrucciones de cuidado posterior.
- ☐ En casos raros: cicatrización, enrojecimiento prolongado o reacciones cutáneas inesperadas.
- ☐ Los resultados generalmente requieren una serie de 3 a 6 tratamientos con un espaciado de 4 a 6 semanas.
- ☐ No se puede garantizar ningún resultado específico. La tarifa pagada corresponde únicamente a la realización del tratamiento.

CUIDADO POSTERIOR AL TRATAMIENTO

- ☐ Mantenga la piel tratada limpia. No toque el rostro con las manos sin lavar durante 24 horas.
- ☐ Aplique únicamente un humectante suave sin fragancia y **Epionce Daily Shield SPF 50** diariamente — de por vida.
- ☐ Evite la exposición directa al sol durante un mínimo de 2 semanas después del tratamiento.
- ☐ No aplique maquillaje durante al menos 7 días después del tratamiento.
- ☐ Evite piscinas, saunas, baños de vapor y sudoración excesiva durante 7 días después del tratamiento.
- ☐ No use retinoides, exfoliantes ni ingredientes activos durante 7 días después del tratamiento.
- ☐ No pellizque, rasque ni exfolie manualmente la piel que se está descamando — permita que se desprenda de forma natural.

VENCIMIENTO DEL PAQUETE: Todas las sesiones o paquetes adquiridos deben usarse dentro de 6 a 9 meses a partir de la fecha de compra. Las sesiones no **Iniciales:** _____ utilizadas dentro de este período se pierden sin reembolso.

CONSENTIMIENTO Y FIRMA

Firma del Cliente _____ Fecha _____

Nombre en Letra de Molde: _____

Número de Sesiones Planeadas: _____ Número de Sesión de Hoy: _____



CONSENTIMIENTO PARA PEELING QUÍMICO

Peelings Químicos Personalizados | Renovación e Iluminación de la Piel

Nombre del Cliente: _____ Área(s) de Tratamiento: _____

DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO

Los peelings químicos utilizan una solución cuidadosamente formulada de ácidos exfoliantes aplicada a la piel para acelerar la renovación celular, eliminar las capas externas dañadas, y revelar una piel más suave, luminosa y de tono más uniforme. Los peelings se ofrecen en tres profundidades — **Ligero, Medio y Fuerte** — además de **TCA Cross**, una técnica dirigida que se usa para cicatrices profundas de acné. Los peelings se personalizan para tratar el acné, la hiperpigmentación, el daño solar, las líneas finas, la textura desigual y la opacidad. La profundidad del peeling la determina su Esteticista Médica según la evaluación de su piel.

REQUISITOS PREVIOS AL TRATAMIENTO

- ☐ Suspenda los retinoides, el retinol y los exfoliantes AHA/BHA al menos 5 a 7 días antes del tratamiento.
- ☐ Evite la exposición al sol y el bronceado durante 2 semanas antes de su cita de peeling.
- ☐ No se depile con cera, láser, ni reciba ningún otro tratamiento de resurfacing dentro de las 2 semanas previas a su peeling.
- ☐ Informe a su esteticista sobre todos los medicamentos tópicos y cualquier tratamiento cosmético reciente.
- ☐ No debe tener fuegos labiales activos, erupciones o heridas abiertas en el área de tratamiento.
- ☐ Si es propenso/a a los fuegos labiales, se recomienda encarecidamente un medicamento antiviral profiláctico antes del tratamiento.
- ☐ No tome suplementos anticoagulantes durante los 3 días antes del tratamiento, a menos que sea médicamente necesario.
- ☐ Use productos de cuidado de la piel **Epionce** en su rutina diaria cuando sea posible, según las indicaciones de su Esteticista Médica.

RIESGOS Y EFECTOS SECUNDARIOS

- ☐ Escoror, ardor u hormigueo temporal durante la aplicación — esto es esperado y normal.
- ☐ Enrojecimiento, tirantez e hinchazón leve durante 24 a 48 horas después del tratamiento.
- ☐ Descamación de la piel que comienza de 2 a 5 días después del tratamiento (la duración depende de la profundidad del peeling).
- ☐ Aumento temporal de la sensibilidad a la luz solar — la protección solar es obligatoria después del tratamiento.
- ☐ Riesgo de hiperpigmentación posinflamatoria (HPI), particularmente en tonos de piel medios a más oscuros.
- ☐ En casos raros: enrojecimiento prolongado, cicatrización o reacción alérgica a los ingredientes del peeling.
- ☐ No se garantizan resultados específicos. La tarifa pagada corresponde únicamente a la realización del tratamiento.

CUIDADO POSTERIOR AL TRATAMIENTO

- ☐ Mantenga la piel limpia e hidratada con un producto suave y sin fragancia.
- ☐ Aplique **Epionce Daily Shield SPF 50** cada mañana. Reaplique cada 2 horas si está al aire libre.
- ☐ NO se despelleje, pellizque ni exfolie manualmente la piel — permita únicamente la descamación natural.
- ☐ Evite retinoides, ácidos exfoliantes y productos activos para el cuidado de la piel durante 7 días después del peeling.
- ☐ Evite el sol directo, saunas, baños de vapor y ejercicio intenso durante al menos 7 días.
- ☐ Evite el maquillaje durante 7 días después de un peeling de profundidad media.
- ☐ Manténgase bien hidratado/a — beba abundante agua durante todo el proceso de sanación.

VENCIMIENTO DEL PAQUETE: Todas las sesiones o paquetes de peeling químico adquiridos deben usarse dentro de 6 a 9 meses a partir de la fecha de compra. Las sesiones no utilizadas dentro de este período se pierden sin reembolso. Iniciales: _____

CONSENTIMIENTO Y FIRMA

Firma del Cliente _____ Fecha _____

Nombre en Letra de Molde: _____

Tipo/Intensidad del Peeling: _____ Número de Sesión: _____



CONSENTIMIENTO PARA DEPILACIÓN LÁSER

Reducción de Vello Láser Segura y Eficaz | Técnica Láser con Licencia TDLR #ZP11290

Nombre del Cliente: _____ Área(s) de Tratamiento: _____

DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO

La depilación láser utiliza energía de luz concentrada para atacar e inhabilitar los folículos pilosos, produciendo una reducción de vello a largo plazo. Se requieren múltiples sesiones ya que el láser solo es eficaz en el vello que se encuentra en fase de crecimiento activo. Los resultados son progresivos, y pueden ser necesarias sesiones de mantenimiento. Este servicio lo realiza una Técnica de Depilación Láser con licencia TDLR.

REQUISITOS PREVIOS AL TRATAMIENTO

- ☐ Aféitase el área de tratamiento entre 24 y 48 horas antes de su cita. NO se depile con cera, hilo, ni use cremas depilatorias.
- ☐ Evite la exposición al sol, las camas de bronceado y los autobronceadores durante al menos 3 semanas antes del tratamiento.
- ☐ Suspenda los retinoides y los productos tópicos fotosensibilizantes durante al menos 7 días antes del tratamiento.
- ☐ No use antibióticos ni medicamentos fotosensibilizantes antes del tratamiento — notifique a su esteticista.
- ☐ No use Accutane durante un mínimo de 6 meses antes del tratamiento.
- ☐ Llegue con la piel limpia — sin lociones, desodorante ni productos autobronceadores en el área de tratamiento. Solo **Epionce Daily Shield SPF 50**.

RIESGOS Y EFECTOS SECUNDARIOS

- ☐ Enrojecimiento, hinchazón y calor temporal en el área tratada — generalmente se resuelve dentro de 24 a 48 horas.
- ☐ Molestia leve durante el tratamiento (descrita como una sensación de chasquido o escozor).
- ☐ Riesgo de hiper- o hipopigmentación temporal — más común en tonos de piel más oscuros o piel bronceada.
- ☐ Riesgo raro de ampollas, formación de costras o cicatrización si no se siguen las instrucciones de cuidado posterior.
- ☐ La depilación láser es más eficaz en vello oscuro. Los resultados en vello claro, rojo, gris o blanco pueden ser limitados.
- ☐ Se requieren múltiples sesiones (generalmente 6 o más) para lograr una reducción significativa del vello.
- ☐ La depilación es un proceso de reducción a largo plazo — no se puede garantizar una eliminación 100% permanente.

CUIDADO POSTERIOR AL TRATAMIENTO

- ☐ Aplique una compresa fría o gel de **Aloe Vera 98% libre de alcohol** para calmar el área tratada si es necesario.
- ☐ Hidrate el área al menos dos veces al día durante 3 a 5 días después del tratamiento.
- ☐ Evite la exposición al sol y las camas de bronceado durante al menos 2 semanas después del tratamiento. Use **Epionce Daily Shield SPF 50** diariamente.
- ☐ NO se depile con cera, pinzas, hilo, ni use cremas depilatorias antes o después del tratamiento — solo afeitado.
- ☐ Permita que el vello tratado se desprenda de forma natural durante las siguientes 1 a 3 semanas — no lo arranque ni use pinzas.
- ☐ Evite los baños calientes, saunas, baños de vapor y natación durante 72 horas después del tratamiento.
- ☐ No aplique desodorante ni fragancia en las áreas tratadas de las axilas durante 48 horas.

VENCIMIENTO DEL PAQUETE: Todas las sesiones o paquetes de depilación láser adquiridos deben usarse dentro de 6 a 9 meses a partir de la fecha de compra. Las sesiones no utilizadas dentro de este período se pierden sin reembolso. Iniciales: _____

CONSENTIMIENTO Y FIRMA

Firma del Cliente _____ Fecha _____

Nombre en Letra de Molde: _____

Área(s) de Tratamiento: _____ Número de Sesión: _____

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTOS FACIALES

Todos los Servicios Faciales y Especializados para la Piel

Nombre del Cliente: _____

Servicios cubiertos por este formulario de consentimiento — marque todos los que apliquen hoy:

- ☐ HydraFacial con Luz LED
- ☐ HydraFacial con Gua Sha
- ☐ Hidrofacial Plus con Mascarilla LED
- ☐ Fotofacial / Fotofacial IPL
- ☐ Peeling de Carbón con Láser y Luz LED
- ☐ Peeling de Carbón con Láser y Mascarilla Hidratante
- ☐ Facial para Adolescentes con Gel de Rosas
- ☐ Facial de Oro con Piedras Calientes
- ☐ Facial de Goji con Mascarilla Hidratante
- ☐ Facial de Alta Frecuencia
- ☐ HydraFacial con Piedras Calientes
- ☐ HydraFacial con Ventosas
- ☐ Facial de Burbujas de Oxígeno
- ☐ Tratamiento de Rejuvenecimiento de la Piel
- ☐ Peeling de Carbón con Láser y Gua Sha
- ☐ BB Glow con Luz LED
- ☐ Facial de Hoja de Oro
- ☐ Facial Epionce Lux con Luz LED
- ☐ Facial de Radiofrecuencia
- ☐ Otro (especifique): _____

DESCRIPCIÓN DE LOS TRATAMIENTOS

Tu Es Belle Spa ofrece un menú integral de tratamientos faciales y para la piel realizados por una Esteticista Médica con licencia, utilizando equipo de grado profesional y productos de cuidado de la piel de calidad médica, incluyendo el cuidado botánico Epionce enfocado en la barrera cutánea (formulado sin vitamina C, parabenos ni fragancias sintéticas). Todos los tratamientos se personalizan según el tipo de piel y las preocupaciones únicas de cada cliente. Todos los servicios son procedimientos cosméticos no invasivos o mínimamente invasivos.

RIESGOS Y EFECTOS SECUNDARIOS

- ☐ Enrojecimiento, sensibilidad o rubor temporal inmediatamente después del tratamiento — generalmente se resuelve en unos días.
- ☐ Sensación leve de hormigueo o calor durante el tratamiento, particularmente con los servicios de luz LED o peeling de carbón con láser.
- ☐ En tipos de piel sensible: posibilidad de brotes o irritación temporal después de faciales de limpieza profunda.
- ☐ Los tratamientos faciales con láser (Peeling de Carbón con Láser, Fotofacial) conllevan un pequeño riesgo de cambios de pigmentación, especialmente con exposición solar reciente.
- ☐ Los clientes con acné activo, rosácea, eccema o piel inflamada pueden experimentar mayor sensibilidad.
- ☐ Los resultados varían según el tipo de piel, la condición y factores del estilo de vida. No se garantiza ningún resultado específico.

PAUTAS PREVIAS AL TRATAMIENTO

- ☐ Llegue con la piel limpia — retire el maquillaje antes de su cita cuando sea posible.
- ☐ Evite retinoides, ácidos exfoliantes e ingredientes activos fuertes durante 72 horas antes de los tratamientos faciales con láser.
- ☐ Evite la exposición al sol durante 2 a 4 días antes de los tratamientos de peeling de carbón con láser o fotofacial.
- ☐ Informe a su esteticista sobre cualquier producto nuevo para la piel, medicamento o cambio en la piel desde su última visita.
- ☐ Si tiene fuegos labiales activos o lesiones cutáneas abiertas, notifique a Tu Es Belle Spa antes de su cita.

CUIDADO POSTERIOR AL TRATAMIENTO

- ☐ Aplique **Epionce Daily Shield SPF 50** diariamente después de cualquier tratamiento.
- ☐ Evite exfoliantes fuertes, retinoides o exfoliantes abrasivos durante 3 a 5 días después del tratamiento.
- ☐ Mantenga la piel hidratada con un humectante suave y sin fragancia.
- ☐ Evite saunas, vapor y calor excesivo durante 2 a 3 días después de los tratamientos faciales.
- ☐ Siga cualquier instrucción específica de cuidado posterior proporcionada por su Esteticista Médica.

DIVULGACIÓN DE PRODUCTOS EPIONCE

Tu Es Belle Spa utiliza productos botánicos para el cuidado de la piel Epionce, formulados sin vitamina C, ingredientes activos fuertes, parabenos ni fragancias sintéticas. Si tiene alguna alergia conocida a ingredientes botánicos o de origen vegetal, informe a su Esteticista Médica antes de comenzar el tratamiento.

- ☐ Mi Esteticista Médica me ha informado sobre los productos de cuidado de la piel que se usarán en mi tratamiento.
- ☐ Consiento el uso de Epionce y otros productos profesionales de cuidado de la piel seleccionados por mi Esteticista Médica.

VENCIMIENTO DEL PAQUETE: Todos los paquetes faciales o servicios prepagados adquiridos deben usarse dentro de 6 a 9 meses a partir de la fecha de compra. Las sesiones no utilizadas dentro de este período se pierden sin reembolso.

Iniciales: _____

CONSENTIMIENTO Y FIRMA

Firma del Cliente _____ Fecha _____

Nombre en Letra de Molde: _____

¿ESTÁ LISTO/A PARA REVELAR UNA NUEVA VERSIÓN SEGURA DE USTED?

¡Descubra su Belleza Interior, Abraze la Transformación!

Por favor seleccione a continuación los servicios que le interesan:

- ☐ **Dysport** (similar al Botox)
- ☐ **Rellenos de Ácido Hialurónico**
Contornea y añade volumen al rostro y minimiza la apariencia de arrugas.
- ☐ **Hilos PDO**
También conocido como Mini Lifting Facial — tensa y reafirma la piel.
- ☐ **Mejoras de Senos**
Levantamiento de senos, Implantes de senos, o Reducción de senos.
- ☐ **Liposucción**
- ☐ **Levantamiento Corporal**

Nombre: _____

Número de Teléfono: _____

Tenga en cuenta que al firmar este formulario, usted consiente que el consultorio del Dr. Fustok se comunique con usted respecto a su interés en el servicio seleccionado.