

**ENTIENDO Y ESTOY DISPUESTO A CUMPLIR CON LAS POLITICAS ANTERIORES**

Firma del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



**BELLAIRE**  
DERMATOLOGY

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Número de cuenta (solo para uso de oficina) \_\_\_\_\_

***¡Gracias por elegir Bellaire Dermatology para sus necesidades de cuidado de la piel!***

**¿Cuál es la razón principal de la visita de hoy?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**¿Hay alguna pregunta específica que le gustaría ser respondida?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**¿Qué servicios adicionales te gustaría aprender? (Por favor circule todo lo que corresponda.)**

Consejos de Protección de la Piel	Venas Faciales	Grasa de Barbilla
Productos de la Piel	Cara Roja	Araña / Vena Varicosa
Líneas Finas y Arrugas.	Mancha Marrón / Pecas	Laxitud de la Piel
Labios Delgados	Frente Caida	Círculo Oscuro Debajo de los Ojos
Plenitud y Grosor de las Pestañas	Párpados Caídos	Contorno Corporal
Peelings Quimicos	Remoción de Lunares	Pelo no Deseado
Cicatrices de Acné / Tratamiento de Cicatrices.	Arrugas del Cuello	Acné
Celulitis	Rejuvenecimiento de Manos	Piel Sensible (alergia a productos)

**¿Como supiste de nosotros?** \_\_\_\_\_

**¿Cómo podemos contactarte mejor?** Tel. \_\_\_\_\_ ok para texto: S/N

correo electrónico \_\_\_\_\_

**Me gustaría ser contactado sobre las próximas ofertas especiales, eventos o sesiones informativas.**

Sí  NO

**No estoy interesado en ningún servicio o producto adicional en este momento.**