

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.)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Consejos de Protección de la Piel | <input type="checkbox"/> Venas Faciales | <input type="checkbox"/> Grasa de Barbilla |
| <input type="checkbox"/> Productos de la Piel | <input type="checkbox"/> Cara Roja | <input type="checkbox"/> Araña / Vena Varicosa |
| <input type="checkbox"/> Líneas Finas y Arrugas. | <input type="checkbox"/> Mancha Marrón / Pecas | <input type="checkbox"/> Laxitud de la Piel |
| <input type="checkbox"/> Labios Delgados | <input type="checkbox"/> Frente Caída | <input type="checkbox"/> Círculo Oscuro Debajo de los Ojos |
| <input type="checkbox"/> Plenitud y Grosor de las Pestañas | <input type="checkbox"/> Párpados Caídos | <input type="checkbox"/> Contorno Corporal |
| <input type="checkbox"/> Peelings Químicos | <input type="checkbox"/> Remoción de Lunares | <input type="checkbox"/> Pelo no Deseado |
| <input type="checkbox"/> Cicatrices de Acné / Tratamiento de Cicatrices | <input type="checkbox"/> Arrugas del Cuello | <input type="checkbox"/> Acné |
| <input type="checkbox"/> Celulitis | <input type="checkbox"/> Rejuvenecimiento de Manos | <input type="checkbox"/> 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.