



REGISTRO PARA TRATAMIENTOS ESTÉTICOS FACIALES DE HIGIENE FACIAL PROFUNDA, ANTIENVEJECIMIENTO Y ACNÉ

1) DATOS PERSONALES (conteste las siguientes preguntas)

Fecha _____
Nombre _____ Apellidos _____ Edad _____
Sexo: (F) (M)
Dirección _____ Teléfono _____

2) SERVICIO ESTÉTICO QUE SOLICITA

3) ANTECEDENTES PERSONALES (conteste las siguientes preguntas)

- ¿Tiene alguna patología o condición médica actualmente? (SI) (NO) ¿Cuál?

- ¿Tiene Intervención(es) médica(s) o estéticas previas o actuales? (SI) (NO)
¿Cuáles?

- ¿Tiene alguna enfermedad cutánea de tipo viral, micóticas y bacterianas como psoriasis, rosácea, dermatitis u otra enfermedad dermatológica diagnosticada (SI) (NO) ¿Cuál? _____
- ¿Presenta usted algún tipo de hipersensibilidad alergia cutánea con algún producto o componente cosmético? (SI) (NO) ¿Cuál? _____

4) HÁBITOS DE VIDA Y CUIDADO PERSONAL (conteste las siguientes preguntas)

- ¿Fuma? (SI) (NO) .Consume alcohol (SI) (NO) Otro tipo de sustancias? (SI) (NO)
- ¿Consume agua? (SI) (NO) # vasos diarios _____ ¿Padece de ansiedad? (SI) (NO) ¿Padece Estrés? (SI) (NO) ¿Padece Insomnio? (SI) (NO)
- ¿Se expone al sol? (SI) (NO) Leve () Moderada () Intensamente ()
¿Utiliza FPS? (SI) (NO)
- ¿Tiene usted hábitos de cuidado e higiene diaria ? (SI) (NO)
- Mencione los productos que utiliza regularmente

- Limpiador () Exfoliante () Tónico () Hidratantes () Nutritivas ()



- Depigmentantes () Mascarillas () Tratamientos dermatológicos () Otros ()

5) VALORACIÓN ESTÉTICA FACIAL

- **Biotipo Cutáneo** Normal () Alípico () Mixto () Graso hidratado () Graso deshidratado () Sensible ()
- **Foto Tipo Cutáneo** (1) (2) (3) (4) (5) (6)
- **Acné** (SI) (NO) Grado (1) (2) (3) (4) Acné no inflamatorio comedogénico () Acné inflamatorio pápulo pustuloso () Acné inflamatorio nódulo quístico ()
- **Envejecimiento** (SI) (NO) Arrugas primarias () Secundarias () Terciarias () Frontales () Glabellares () Peri orbitales () Cigomáticas () Código de Barras () Naso genianas () Deshidratación cutánea () Comisura L () Marionetas () Flacidez cutánea () Flacidez muscular ()
- **Alteraciones de la pigmentación cutánea hiperocrómicas** (SI) (NO)
Tipo

 - o **Origen** Post inflamatorio() Solar() Hormonal()
 - o **Localización** Frontal (SI) (NO) Malar() Centro Facial ()
- **Lesiones primarias y secundarias de la piel** (SI) (NO) ¿Cuáles?

6) RECOMENDACIONES Y CUIDADOS POSTERIORES

Se debe evitar la exposición en forma directa al sol, después de realizado el tratamiento estético facial (en caso de que tengas previsto una exposición solar intensa es mejor posponer o evitar el procedimiento). Usted debe utilizar diariamente protección solar 50+ cada 3 horas. Se recomienda el uso exclusivo del tratamiento domiciliario para garantizar los resultados del tratamiento.



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTOS FACIALES.

Yo, _____ identificado con la cédula de ciudadanía N° _____ en pleno uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre y voluntaria mi consentimiento a la esteticista _____ identificada con la cédula de ciudadanía N° _____ para que realice el siguiente tratamiento _____

Confirmando que la información que he dado es clara y veraz. Declaro no presentar las contraindicaciones especificadas en este documento.

El presente consentimiento se firma por las partes a los _____ () días del mes de _____ del año _____ ()

FIRMA Y CEDULA DEL USUARIO O DE SU REPRESENTANTE LEGAL

FIRMA Y CEDULA DEL COSMETÓLOGO ESTETICISTA

