**REGISTRO ESTÉTICO TRATAMIENTOS CORPORALES**

1. **DATOS PERSONALES**

Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Apellidos\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Edad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexo: (F) (M)

Dirección\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Nombre del acompañante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En caso de emergencia avisar a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **MOTIVO DE CONSULTA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
2. **ANTECEDENTES PERSONALES**

Renales (SI) (NO) Cardiovasculares (SI) (NO) Digestivos (SI) (NO) Hormonales (SI) (NO) Tipo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pulmonares (SI) (NO) Osteo-artro-musculares (SI) (NO) Diabéticos (SI) (NO) Cáncer (SI) (NO) Colesterol y Triglicéridos (SI) (NO) Hepáticos (SI) (NO) Artritis reumatoide (SI) (NO) Prótesis metálicas (SI) (NO)

Dispositivos electrónicos (SI) (NO) Dispositivo intrauterino (DIU) (SI) (NO) Epilepsia (SI) (NO) Vértigo (SI) (NO) Afecciones auditivas (SI) (NO) Implantes (SI) (NO) Alergias (SI) (NO) Tipo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Consume algún medicamento? (SI) (NO) Tipo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Se encuentra usted en embarazo o lactancia? (SI) (NO)

¿Tiene Intervención(es) médica o estéticas previas o actuales? (SI) (NO) ¿Cuáles? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Enfermedades cutáneas de tipo viral, micóticas y bacterianas (SI) (NO)Áreas en las cuales están localizadas las lesiones \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **HÁBITOS DE VIDA Y ALIMENTACIÓN**

¿Fuma? (SI) (NO) Consume alcohol (SI) (NO) ¿Otro tipo de sustancias? (SI) (NO)

¿Realiza actividad física? (SI) (NO) Leve (SI) (NO) Moderada. (SI) (NO) Intensamente (SI) (NO)

¿Qué tipo de actividad física realiza? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Consume agua? (SI) (NO) # vasos diarios \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cómo considera su alimentación? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5) RESULTADOS ESPERADOS DE LA PRÁCTICA:** *El tratamiento actúa en combinación con tecnologías estéticas y técnicas manuales de masaje y drenaje linfático. Es importante resaltar que la unión de estas técnicas logrará resultados visibles desde la primera sesión. Sin embargo, para maximizar los beneficios del tratamiento, es fundamental que el paciente mantenga un compromiso constante con su plan de alimentación, su rutina de ejercicio diario y el cumplimiento a sus sesiones en cabina, ya que los resultados son mucho más visibles y sostenibles en el tiempo, si los esfuerzos son conjuntos entre profesional y paciente. Los cambios se podrán evidenciar mediante registro fotográfico del antes, durante y finalizado el tratamiento.*

**6)** **POSIBLES EVENTOS ADVERSOS:** No es posible que se presenten eventos adversos siempre que usted manifieste no padecer alguna condición médica importante mencionada en el punto # 3

**7)** **PRODUCTOS UTILIZADOS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**8) RECOMENDACIONES Y CUIDADOS POSTERIORES**

* Consumir abundante agua
* No consumir alcohol
* No fumar
* No consumir alimentos 2 horas antes de la sesión.
* En caso de presentar fiebre o malestar general, no asistir a la sesión programada
* En el caso estar en el periodo menstrual no asistir a la sesión programada
* Seguir las recomendaciones del plan Détox
* Seguir las recomendaciones de la nutricionista

9) **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTOS CORPORALES.**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador del documento de identificación número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, confirmo que la información proporcionada es precisa y veraz. Declaro no poseer las contraindicaciones mencionadas en el presente documento que pudieran afectar mi capacidad para someterme a la técnica estética corporal. Además, afirmo que he sido plenamente informado sobre las contraindicaciones y los cuidados posteriores relacionados con el tratamiento estético. Acepto someterme a dicho tratamiento bajo mi propia responsabilidad, consciente de los posibles riesgos, y me comprometo a seguir todas las indicaciones y recomendaciones proporcionadas para garantizar mi seguridad y bienestar durante y después del procedimiento.

**FIRMA Y DOCUMENTO DEL USUARIO O DE SU REPRESENTANTE LEGAL** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FIRMA Y DOCUMENTO DEL COSMETÓLOGO ESTETICISTA** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA PARA TRATAMIENTOS CORPORALES**

* Peso Kg………Talla………IMC……
* Bajo peso……Peso normal…... Sobre peso……Grado la de obesidad………...
* Tipo de Obesidad Androide (SI) (NO) Ginecoide (SI) (NO) Riesgo cardiovascular (SI) (NO)
* Peso ideal………….

**2- MIEMBROS SUPERIORES Y ESPALDA**

* Panículo adiposo Tríceps (SI) (NO) Subescapular(SI) (NO)
* Paniculopatía edemato-fibro esclerótica (SI) (NO) Tipo…………………………………Fase……………. 

**3- MIEMBROS INFERIORES**

* Panículo adiposo de la zona trocánter (SI) (NO)
* Paniculopatía edemato-fibro esclerótica (SI) (NO) Tipo…………………………………Fase………….

**4- REGIÓN ABDOMINAL**

* Panículo adiposo supra abdominal (SI) (NO) Panículo adiposo infra abdominal ( SI) (NO)
* Panículo adiposo supra iliaco o cresta iliaca (SI) (NO)
* Paniculopatía edemato-fibro esclerótica (SI) (NO) Tipo………………………………Fase…………….

**MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PERIMETROS** | **FECHA INICIO DEL TRATAMIENTO** | **FECHA EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO** | **FECHA FINALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO** |
| Peso |  |  |  |
| Perímetro brazo derecho |  |  |  |
| Perímetro brazo izquierdo |  |  |  |
| Perímetro del busto |  |  |  |
| Perímetro abdominal alto |  |  |  |
| Perímetro Abdominal medio |  |  |  |
| Perímetro Abdominal bajo |  |  |  |
| Perímetro Pierna derecha |  |  |  |
| Perímetro Pierna izquierda |  |  |  |
| Perímetro de la cadera |  |  |  |
| Pliegue abdominal |  |  |  |
| Pliegue supra iliaco |  |  |  |
| Pliegue subescapular |  |  |  |
| Pliegue tricipital |  |  |  |
| Pliegue cuadricipital, |  |  |  |
| Pliegue peroneal |  |  |  |