



Tratamiento:

Fecha: ___/___/___

Nombre y apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____

Edad: _____ Género: _____

Fecha del último tratamiento: ___/___/___

Tiene usted algún área específica que no quiere que se trabaje: _____

Alergias (mencione cuáles)	
Hábitos	Alcohol
	Cigarrillo
	Drogas
	Café
Cuidados domiciliarios	Limpieza
	Exfoliación
	Humectantes
	Hidratantes
	Protección solar
	Ninguna

Alimentación y consumo de agua

Condiciones del paciente

Alergias a las anestésicas	Enfermedades cutáneas	Enfermedades oncológicas
Problemas cardíacos	Retención de líquidos	Parálisis cerebral
Marcapasos	Problemas de tiroides	Enfermedades respiratorias
Presión alta	Lupus	Asma
Alergias / Psoriasis	Embarazo	Anemia
Diabetes	Lactancia	Problemas de coagulación
Herpes / Varicela	Epilepsia	Implantes metálicos

Otros datos de interés

Medicamentos: _____

Tipos de alergias: _____

Sus digestiones son: _____

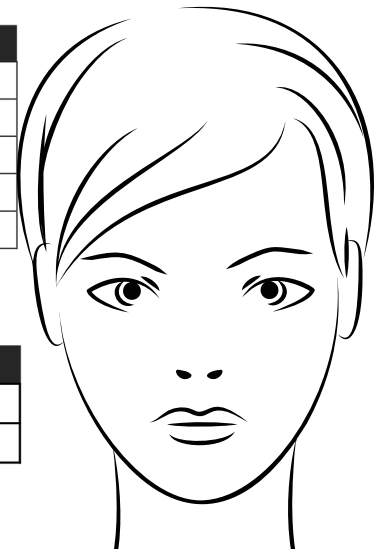
Otros datos de interés _____



Alteración circulatoria	
Nariz	
Mejillas	
Mentón	
Frente	
Eritema	
Irritación	
Cuperosidad	

Condición de la glándulas sebáceas	
Pústulas	
Pápulas	
Hiperplasia	
Comedones	
Millium	

Tipo de piel	
Sensible	
Seca	
Normal	
Grasa	
Mixta	



Arrugas			
Superficiales		Profundas	
Frontales		Corrugador	
Orbicular de ojos		Cigomáticos	
Mentón		Pomulos	
Nasogenianos			

Pigmentación	
Hiperpigmentación	
Hipopigmentación	

Evaluación táctil			
Tipo I		Tipo IV	
Tipo II		Tipo V	
Tipo III		Tipo VI	

Evaluación táctil

Elasticidad: Alta Media Baja

Hidratación: Buena Media Insuficiente

Sensibilidad: Ninguna Moderada Alta

Tratamiento Sugerido

Tiempo de tto o número de sesiones: _____

Técnicas aplicadas: _____

Recomendaciones domiciliarias: _____

Otras recomendaciones: _____
