



## 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 ( )
- Despigmentantes( ) 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 ( ) Glabelares ( ) Peri orbitales ( ) Cigomáticas ( ) Código de Barras ( ) Naso genianas ( ) Deshidratación cutánea ( ) Comisura L ( ) Marionetas ( ) Flacidez cutánea ( ) Flacidez muscular ( )
- **Alteraciones de la pigmentación cutánea hiper Cromías** (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 prevista una exposición solar intensa es mejor posponer o evitar el procedimiento). Usted debe utilizar diariamente protección solar 50+ cada 3 hora.

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**

\_\_\_\_\_

