



## FICHA CLÍNICA FACIAL

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Núm. de suite: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Tratamiento: \_\_\_\_\_

1. ¿Se ha realizado algún tratamiento estético facial? ☐ Sí ☐ No

Especifique: \_\_\_\_\_

2. ¿Ha tenido alguna cirugía reciente? ☐ Sí ☐ No

Especifique: \_\_\_\_\_

3. ¿Está embarazada? ☐ Sí ☐ No

Especifique los meses: \_\_\_\_\_

4. ¿Tiene alguna alergia? ☐ Sí ☐ No

Especifique: \_\_\_\_\_

5. ¿Está tomando algún medicamento? ☐ Sí ☐ No

Especifique: \_\_\_\_\_

6. Marque con una X lo que consume regularmente:

<input type="radio"/> Sal	<input type="radio"/> Cigarro	<input type="radio"/> Carnes rojas
<input type="radio"/> Café	<input type="radio"/> Alcohol	<input type="radio"/> Agua

7. Marque con una X el área de su rostro que considera que requiere de mayor atención.



8. ¿Cuándo fue la última vez que se realizó algún tratamiento facial?

\_\_\_\_\_

9. ¿Qué tipo de clima hay en su lugar de residencia?

\_\_\_\_\_

10. Mencione su rutina de limpieza facial.

\_\_\_\_\_



## FACIAL CLINICAL INFORMATION

Name: \_\_\_\_\_

Birthday: \_\_\_\_\_ Suite No.: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Treatment: \_\_\_\_\_

1. Have you taken some facial cosmetic treatment? ☐ Yes ☐ No

Please specify: \_\_\_\_\_

2. Have you had any recent eye surgery? ☐ Yes ☐ No

Please specify: \_\_\_\_\_

3. Are you pregnant? ☐ Yes ☐ No

Please specify the number of months:

\_\_\_\_\_ ☐ Yes ☐ No

4. Do you have any allergy?

Please specify: \_\_\_\_\_ ☐ Yes ☐ No

5. Are you currently under medical treatment?

Please specify: \_\_\_\_\_

6. Please, indicate with an X the products you consume on a regular basis:

☐ Salt

☐ Cigarettes

☐ Red meat

☐ Coffee

☐ Alcohol

☐ Water

7. Please, indicate with an X the face areas that you consider they need treatment.



8. When was the last time you took a facial treatment?

\_\_\_\_\_

9. What kind of weather is in your place of residence?

\_\_\_\_\_

10. Please, mention your facial cleansing routine.

\_\_\_\_\_