

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:

- | | | |
|------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> Salt | <input type="radio"/> Cigarettes | <input type="radio"/> Red meat |
| <input type="radio"/> Coffee | <input type="radio"/> Alcohol | <input type="radio"/> 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.
