SPA DE AUTOR

El Camino hacia la Transformación

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:

◯ Sal ◯ Cigarro ◯ Carnes rojas
◯ Café ◯ Alcohol ◯ 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.

_____

SIGNATURE SPA

The Path to Transformation

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:

_____

4. Do you have any allergy? ◯ Yes ◯ No

Please specify: _____

5. Are you currently under medical treatment? ◯ Yes ◯ No

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.

_____

SPGV14A