



Libro de Registro



CLIENTE

Nombre y Apellido



Formulario Cliente

Fecha

Nombre y Apellido

Edad

Fecha de nacimiento

Sexo

F

M

Otros

Dirección

Ciudad

País

Código postal

Teléfono

E-mail

Instagram

TikTok

¿Cómo nos conoció?

¿Le gustaría ser agregado a una lista de correo electrónico

para recibir noticias y ofertas exclusivas?

SI

NO



Historial Médico

¿Tiene o a tenido alguna de las siguientes enfermedades?

En caso de afirmativo seleccione cuál, sino se encuentra indicarlo

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Acné | <input type="radio"/> Trastornos inmunológicos |
| <input type="radio"/> Artritis | <input type="radio"/> Insomnio |
| <input type="radio"/> Asma | <input type="radio"/> Cicatrización Queloide |
| <input type="radio"/> Desorden sangriento (coagulación) | <input type="radio"/> Presión arterial baja |
| <input type="radio"/> Cáncer | <input type="radio"/> Lupus |
| <input type="radio"/> Ecsema | <input type="radio"/> Clavos / Placas metálicas de huevos |
| <input type="radio"/> Epilepcia | <input type="radio"/> Flebitis / Coágulos de sangre |
| <input type="radio"/> Ampollas de fiebre | <input type="radio"/> Trastornos convulsivo |
| <input type="radio"/> Problemas Cardiacos | <input type="radio"/> Enfermedades / Lesiones en la piel |
| <input type="radio"/> Hepatitis | <input type="radio"/> Seborrea |
| <input type="radio"/> Hipertension | <input type="radio"/> Condiciones de tiroides |
| <input type="radio"/> VIH/SIDA | <input type="radio"/> Venas varicosas |
| <input type="radio"/> Hiperpigmentacion | <input type="radio"/> Verrugas |
| <input type="radio"/> Hipopigmentcion | <input type="radio"/> Lunares |
| <input type="radio"/> Histercretomia | <input type="radio"/> Cualquier otra condición |
| <input type="radio"/> Herpes | <input type="radio"/> OTROS |



¿Tiene algún tipo de alergia? SI NO

¿Cuáles?

Enumere los medicamentos que toma regularmente. Incluidas, vitaminas, suplementos a base de hierbas y/o aspirinas

¿Alguna cirugía reciente? Incluida plástica, aplicación de Botox o ácidos

SI NO

¿Cuáles?

Fechas

¿Alguna vez te has realizado tratamientos faciales? SI NO

¿Cuáles?

Fechas

¿Cuál le gustaría realizarse?

¿Qué le gustaría lograr en el tratamiento que desea?



PROTECCIÓN DE LA PIEL

(Indicar que productos utiliza)

- | | | | |
|-----------------------|--------------------------------|-----------------------|------------------------|
| <input type="radio"/> | Desmaquillante de ojos | <input type="radio"/> | Crema de noche |
| <input type="radio"/> | Crema limpiadora | <input type="radio"/> | Loción para rostro |
| <input type="radio"/> | Jabon facial | <input type="radio"/> | Locion para cuerpo |
| <input type="radio"/> | Tópico para piel / Astringente | <input type="radio"/> | Mascarillas |
| <input type="radio"/> | Jabón para el cuerpo | <input type="radio"/> | Exfoliantes faciales |
| <input type="radio"/> | Crema de ojos | <input type="radio"/> | Exfolianted corporales |
| <input type="radio"/> | Crema de día | <input type="radio"/> | Otros |

Historial de la piel

¿Cuál es el tipo de piel?

- | | | | | | |
|-----------------------|--------|-----------------------|-------|-----------------------|-----------|
| <input type="radio"/> | Normal | <input type="radio"/> | Mixta | <input type="radio"/> | Combinado |
| <input type="radio"/> | Oleosa | <input type="radio"/> | Seca | <input type="radio"/> | Inseguro |

¿Cuál es la exposicion al sol ?

- | | | | |
|-----------------------|-------|-----------------------|----------|
| <input type="radio"/> | Nunca | <input type="radio"/> | Moderado |
| <input type="radio"/> | Luz | <input type="radio"/> | Excesivo |

¿Utilizas protectores contra rayos? SI NO

¿Cuáles?



¿Qué tipo de base utiliza?

- Líquida Polvo Ninguna
 Crema Todas

¿Cómo sana o cura su piel?

- Rápido Cicatrices
 Lento Cambios de color o pigmento

¿Le suelen salir moretones con facilidad?

SI NO

¿Tipo de color de piel?

¿Color de pelo?

¿Color de ojos?

¿Tipo de elasticidad?

¿Tiene arrugas ?

SI NO MEDIA

¿Zonas?



PREOCUPACIONES DE LA PIEL

- | | | | |
|-----------------------|------------------------|-----------------------|------------------------|
| <input type="radio"/> | Acné | <input type="radio"/> | Cicatrización Queloide |
| <input type="radio"/> | Puntos negros | <input type="radio"/> | Seborrea |
| <input type="radio"/> | Ecsema | <input type="radio"/> | Piel grasosa |
| <input type="radio"/> | Capilares rotos | <input type="radio"/> | Miles |
| <input type="radio"/> | Comedones | <input type="radio"/> | Soriasis |
| <input type="radio"/> | Descoloramiento | <input type="radio"/> | Enrojecimiento |
| <input type="radio"/> | Sequedad | <input type="radio"/> | Rosasea |
| <input type="radio"/> | Piel apagada | <input type="radio"/> | Cicatrización |
| <input type="radio"/> | Lineas finas / Arrugas | <input type="radio"/> | Sensibilidad |
| <input type="radio"/> | Hiperpigmentacion | <input type="radio"/> | Verrugas |
| <input type="radio"/> | Hipopigmentcion | <input type="radio"/> | Lunares |
| <input type="radio"/> | Histercretomia | <input type="radio"/> | Daños del sol |
| <input type="radio"/> | Manchas | <input type="radio"/> | Piel delgada |
| <input type="radio"/> | Otros | <input type="radio"/> | Cabello no deseado |



Análisis de la piel

• TIPO DE PIEL

Normal

Sensible

Aceitosa

Mixta

Seca

Combinacion

NOTA :

• POROS

Bien

Dilatados

Protuberancia

Abiertos

NOTA :

• CONTENIDO DE HUMEDAD

Excelente

Justo

Bien

Pobre

NOTA :



• ELASTICIDAD



Excelente



Justo



Bien



Pobre

NOTA :

• ACNÉ

SI

NO

UBICACIÓN

• LUNARES / VERRUGAS

SI

NO

UBICACIÓN

• LÍNEAS FINAS / ARRUGAS

ZONAS



• SENSIBILIDAD DE LA PIEL



Normal



Sensible



Hipersensible

NOTA:

[Redacted text area]

• ESTILO DE VIDA



Activo



Sedentario

NOTA:

[Redacted text area]



Guía de tipos de pieles



NORMAL

Balanzas, claras y no sensibles.



SENSIBLE

Puede arder o picar después de usar ciertos cosméticos y productos para el cuidado de la piel. También puede reaccionar con enrojecimiento.



COMBINACIÓN

Más seco en algunas zonas (principalmente mejillas) y aceite en otras, como la zona T.



SECO

Parches escamosos, escamosos o ásperos en la cara y/o el cuerpo



ACEITE

Aspecto brillante y graso, con mayor probabilidad de tener poros dilatados visibles.



Trabajos Previos

SI NO

TIPO DE
TRABAJO:

ZONA:

FECHA:

ESTADO DEL
TRABAJO:

SESIONES:

COSTO:

SITIO:

ESPECIALISTA:

NOTA :