

## **TECNICATURA EN COSMETOLOGIA FACIAL Y CORPORAL**

**Su nombre y Apellido:**

**Temática semanal**

\*Fecha:.....

Nombre Apellido consultante:.....

Dirección: .....Localidad:.....

Teléfono: .....Celular:.....

E-mail:.....

Fecha de nacimiento: .....

\*Trabajo u ocupación: .....

\*Peso Actual: .....Altura.....IMC:

Cobertura médica: .....

\*Motivo de consulta: .....

\*Se encuentra en este momento bajo tratamiento cosmetológico?    SI.....NO.....

## **ANTECEDENTES CLINICOS Y ESTÉTICOS**

Alguna vez le ha diagnosticado, tratado o sufre actualmente alguna de las afecciones aquí indicadas:

| <b>¿Alguna enfermedad infecciosa progresiva?</b>   | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
|--|-----------|-----------|
| Enfermedades infecto-contagiosas: Sida/ hepatitis/ herpes                                | SI        | NO        |
| <b>Lesiones cutáneas: tumores de piel, inflamación, erupción, o infecciones, ¿otros?</b> | SI        | NO        |
| <b>Alergias a medicamentos, cosméticos, polución, perfumes, alimentos, etc.</b>          | SI        | NO        |
| <b>Alguna sensibilidad particular en la piel al frío o al calor?</b>                     | SI        | NO        |
| Sufre de cefaleas  | SI        | NO        |
| Trastornos alimentarios  | SI        | NO        |
| Tiene antecedentes de enfermedades cardíacas o vasculares                                | SI        | NO        |
| Tiene marcapasos   | SI        | NO        |
| Tensión arterial   | SI        | NO        |
| Enfermedades pulmonares/ asmáticos   | SI        | NO        |
| Enfermedades gastrointestinales  | SI        | NO        |
| Enfermedades renales/suprarrenales   | SI        | NO        |
| Enfermedades neoplásicas   |           |           |
| Problemas circulatorios/váricos  | SI        | NO        |
| Hematomas espontáneos  | SI        | NO        |
| Diabetes   | SI        | NO        |
| Tiroides              hiper              hipo              nódulos              bocio    | SI        | NO        |
| Ciclo menstrual              regular              irregular                              | SI        | NO        |
| Sufre de síndrome premenstrual   | SI        | NO        |
| Tratamiento hormonal              AC              DIU                                    | SI        | NO        |

|   |    |    |
|---|----|----|
| Pre-menopausia  | SI | NO |
| Embarazos normal cesárea actualmente  | SI | NO |
| Enfermedades reumáticas   | SI | NO |
| Enfermedades musculo esqueléticas   | SI | NO |
| Cirugías  | SI | NO |
| Cirugías plásticas reparadoras o estéticas  | SI | NO |
| Tratamientos anteriores realizados  | SI | NO |
| Prótesis dentarias  | SI | NO |
| Prótesis traumatológicos/prótesis mamarias/glúteos/en cara                                      | SI | NO |
| Qué medicamentos toma actualmente:<br>Diuréticos/Corticoides/Anticonvulsivos/Edulcorantes/etc.. | SI | NO |
| Tatuajes- peering   | SI | NO |

Observaciones:.....  
.....  
.....  
.....  
.....

#### HABITOS

|   |  |
|---|--|
| ¿Ingesta de agua por día?   |  |
| ¿Ingesta de alcohol por día?                                      |  |
| ¿Cuántos cigarrillos fuma por día?                                |  |
| ¿Otras adicciones?  |  |
| ¿Realiza las cuatro comidas diarias?                              |  |
| ¿Come fuera de hora?  |  |
| ¿Ingiere sal?   |  |
| Su peso en los últimos seis meses                                 |  |
| ¿Realiza actividad física?  |  |
| ¿Ha estado bajo tratamiento para adelgazar durante el último año? |  |
| ¿Ha recibido inyecciones de colágeno, rellenos, u otros?          |  |

#### FACIAL

#### SEMILOGIA CUTANEA

Biotipo cutáneo: 1. Graso.....Seborreico.....  
Seborreico fluente.....  
Seborreico sensible.....  
2. Seco.....Seco atópico.....  
Seco deshidratado.....  
3. Mixto.....

Color: (marcar lo que corresponde)

|        |    |    |             |    |    |
|--------|----|----|-------------|----|----|
| Normal | SI | NO | Eritematoso | SI | NO |
| Pálido | SI | NO | Amarillento | SI | NO |

Pigmentación..... Compacta..... Difusa.....  
Zonas: Mejillas..... Centro facial..... Frontal.....  
Melasma.....

Textura (marcar con una cruz lo que corresponde)

|         |      |        |
|---------|------|--------|
| Untuosa | Lisa | Rugosa |
|---------|------|--------|

Pliegues y arrugas de acuerdo a biotipo (marcar con una cruz lo que corresponde)

|                |                   |          |              |
|----------------|-------------------|----------|--------------|
| Precoces       | Inducidas por sol | Párpados | Frente       |
| Preauriculares | Peribuceales      | Labiales | Nasogenianas |

Cuello: Flaccidez.....  
Vello: Cara:..... bozo..... malar..... mentoniano.....  
Corporal..... areas.....  
Color..... grosor.....

Alteraciones en:

Uñas: .....

Pelo: .....

Estrías.....

Cicatrices: ..... postoperatorias..... postraumáticas

Escoriaciones: .....

Medicación tópica

Ácido retinoico..... Peróxido de benzoilo.....  
Otros.....  
.....  
.....

Ambiente de trabajo

Aire acondicionado/Loza radiante: .....

### Resumen de la clase:

El paciente se presenta a tratamiento cosmetológico:

Signos

Síntomas

-Los datos recolectados relevantes son:

-Objetivos de tratamiento son:

-Pasos cosmetológicos realizados

**1. Desmaquillaje e higiene:** Comenzamos desmaquillando el área de los ojos y labios

1. Ojos:

Vehículo: .....

Activo: .....

Producto seleccionado: .....

**2. El desmaquillado de los labios**  
Vehículo.....  
Activo.....  
Producto seleccionado: .....

**3. Producto de higiene**  
Indique el objetivo de la realización de este paso en ese paciente  
Vehículo: .....  
Activos: .....

**2. Tonificación:** Indique el objetivo de la realización de este paso en ese paciente y en esta sesión en particular.  
Indique la modalidad de aplicación y justifique su elección.

Vehículo: .....  
Activo: .....  
Producto seleccionado: .....

**3. Exfoliación.** Indique el objetivo de la realización de este paso en ese paciente

Vehículo: .....  
Activo: .....  
Producto seleccionado: .....  
Modalidad de aplicación: .....

#### **4. Corrección**

Vehículo: .....  
Activos: .....  
Producto seleccionado: .....  
Modalidad de aplicación: .....

Otras maniobras

Otros  
**5. Protección**

Factor: .....  
Vehículo: .....  
Activos: .....  
Modalidad de aplicación: .....

#### **6.Tratamiento domiciliario**