

¿Alguna enfermedad infecciosa progresiva?	SI	NO
Enfermedades infecto-contagiosas: Sida/ hepatitis/ herpes	SI	NO
Lesiones cutáneas: tumores de piel, inflamación, erupción, o infecciones, ¿otros?	SI	NO
Alergias a medicamentos, cosméticos, polución, perfumes, alimentos, etc.	SI	NO
Alguna sensibilidad particular en la piel al frío o al calor?	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/várices	SI	NO
Hematomas espontáneos	SI	NO
Diabetes	SI	NO
Tiroides hÍper 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: Diuréticos/Corticoides/Anticonvulsivos/Edulcorantes/etc..	SI	NO
Tatuajes- peercing	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?	
¿Ingiera 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

SEMIOLOGIA 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	Peribucales	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**