

Formulario de ingesta facial

Correo electrónico/ Boletín informativo



¿Le gustaría ser agregado a nuestro
lista de suscriptores para recibir
información sobre próximos descuentos,
promociones, concursos, etc.

☐ ¡Sí! ¡Inscríbame!

☐ No, gracias

Fecha de la cita



Hora de la cita



Datos personales

NOMBRE COMPLETO

FECHA DE NACIMIENTO

EDAD

TELÉFONO #

DOMICILIO

Información general

Exposición al sol:

☐ Nunca

☐ Moderada

☐ Ligera

☐ Excesiva

¿Cómo prefiere conseguir un tono de piel?

☐ Baños de sol

☐ Autobronceador

☐ Cámara de
bronceado

☐ Nada

¿Cómo describiría su piel?

☐ Normal a seca

☐ Normal a aceitosa

☐ Acné

☐ Combinación

☐ Extremadamente
aceitosa

☐ Extremadamente
seca

Experimenta:

☐ Flacidez

☐ Enrojecimiento

☐ Tensión

☐ Brillo de grasa
excesivo durante el
día

¿Qué tipo de base usa?

☐ Líquido

☐ Crema

☐ Polvo

☐ Ninguno

¿Cómo se cura su piel?

☐ Rápido

☐ Cicatrices

☐ Pigmentos

☐ Se cura mal

¿Se hace moreton con facilidad?

☐ Sí

☐ No

¿Tiene antecedentes personales o
familiares de cáncer?

☐ Sí

☐ No

¿Cuida su piel en casa?

☐ Sí

☐ No

Por favor, describa

¿Es su primer tratamiento para el
cuidado de la piel?

☐ Sí

☐ No

¿Qué le ha gustado del tratamiento
anterior?

¿Fuma?

☐ Sí

☐ No

¿Cuál es su cantidad diaria?

¿Tiene alguno de los que se enumeran a
continuación?

☐ Epilepsia

☐ Operaciones recientes

☐ Diabetes

☐

☐ Enfermedad cardíaca

☐ Cáncer de piel

☐ Alergia a la aspirina

☐ Enfermedades de la piel