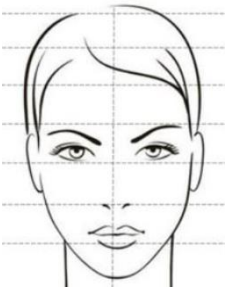
FICHA TÉCNICA CUIDADO FACIAL

DATOS PERSONALES					
NOMBRES Y APELLIDOS					Uso educativo
DIRECCION					
CELULAR					
ESTADO DE SALUD Y ESTILOS DE VIDA					
ENFERMEDADES ACTUALES				USA LENTES DE CONTACTO	
MEDICAMENTOS DIARIOS				PLANIFICA	
ANTECEDENTES CRONICOS				USA PROTESIS DENTAL	
PROCEDIMIENTOS ESTETICOS INVACIVOS LOS ULTIMOS 6 MESES					
LIFTING FACIAL				ACIDO HIALURONICO	
RINOPLASTIA				PLASMA	
BLEFAROPLASTIA				BOTOX	
TIPO DE PIEL					
SECA		GRASA		SENSIBLE	
MIXTA		NORMAL		ACNEICA	
ESTADO DE LA PIEL					
DESHIDRATADA		ASFÍCTICA (Quistes blancos amarillentos)			
ROSACEA				LACERACIONES	
OPACA				MELASMA	
TONO DE PIEL					
PIEL BLANCA		PIEL TRIGUEÑA		PIEL MORENA	
LINEAS DE EXPRESIÓN					
SUAVES		PROFUNDAS		ARRUGAS	
FLACIDEZ		PIEL JOVEN		PIEL MADURA	
FOTO TIPO DE PIEL					
I		II		III	
IV		V		VI	
ALTERACIONES					
ACNE		MACULAS (pigmantos rojos)		ROSACEA (ROSA)	
ACNE SEVERO		HIPERCROMIAS(exceso melanina)			
TRATAMIENTO A REALIZAR		**PRODUCTOS CUIDADO EN CASA**			

VALOR LIMPIEZA	
$	

PRODUCTOS A UTILIZAR	ANATOMIA FACIAL
	 

CONSENTIMIENTO

Yo _____ mayo de edad, identificada con C.C N° _____ he recibido la información completa acerca del procedimiento, los beneficios, riesgos, productos a aplicar y cuidados posteriores a la limpieza facial sencilla que se me va a realizar en mi rostro. Tuve la oportunidad de hacer preguntas y todas fueron resueltas de manera clara. He respondido correctamente y con la verdad todos los datos indicados en esta ficha técnica. Autorizo de manera libre y voluntaria a _____ mayo de edad, identificada con C.C N° _____ la realización del cuidado facial, acepto y entiendo la importancia del contacto físico directo para realizar el tratamiento por lo anterior se firma el día ____ del mes de _____ del año_____ en el municipio de _____.

RESPONSABLES

FIRMA COSMETOLOGA-MAQUILLADORA **FIRMA CLIENTE**