

HISTORIAL ESTÉTICO			
Ficha nº		Fecha	
DATOS PERSONALES			
Apellidos		Nombre	
Dirección		Teléfono	
Profesión (horario)		Teléfono	
Remitido por			
Edad	nº de hijos	Gestante ?	Menopáusica ?
¿Padece alguna enfermedad?			
MEDICAMENTOS QUE TOMA HABITUALMENTE			
Corticoides ?	Diuréticos ?	Antibióticos ?	Analgésicos ? Somníferos ?
Reguladores del apetito ? Anticonceptivos ? Insulina ? Otras hormonas			
Alergia a algún medicamento			
OTROS DATOS DE INTERÉS			
¿Dificultad respiratoria? ?		¿Fuma? ?	¿Hace ejercicio físico? ?
¿Toma el sol? ?		¿UVA? ?	¿Se protege del sol? ?
TIPO DE ALIMENTACIÓN QUE SIGUE Y HORARIO			
H. Desayuno			
H. Toma media mañana			
H. Comida			
H. Merienda			
H. Cena			
Cantidad de agua al día		Infusiones ?	Café ?
Saldos	Dulces	Grasas animales	
Alergia a algún alimento			
DATOS DE INTERÉS ESTÉTICO			
¿Suele asistir a un Centro de Belleza? ?			
¿Qué tratamiento le han resultado más positivos?			
¿Qué reacciones adversas observó?			
¿Ha tenido alguna intolerancia o alergia a algún producto?			
¿Cuál es el problema estético que más le preocupa?			
¿Desde cuando lo padece?			