

Historial en cuidado de la piel

Nombre: _____

Tipo de piel: _____

Problemas:

- | | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Salpullido | <input type="checkbox"/> Acné | <input type="checkbox"/> Couperose | <input type="checkbox"/> Pigmentación |
| <input type="checkbox"/> Arrugas | <input type="checkbox"/> Fotoenvejecimiento cutáneo | | |

Inquietudes especiales: _____

Rutinas de cuidado de la piel: _____

El cliente usa lo siguiente:

- | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Exfoliante corporal | <input type="checkbox"/> Jabón corporal | <input type="checkbox"/> Exfoliante facial | <input type="checkbox"/> Jabón facial |
| <input type="checkbox"/> Loción/crema corporal | <input type="checkbox"/> Crema/loción de limpieza | <input type="checkbox"/> Crema para manos | <input type="checkbox"/> Crema para ojos |
| <input type="checkbox"/> Refreshante cutáneo | <input type="checkbox"/> Desmaquillante de ojos | <input type="checkbox"/> Crema para cuello | <input type="checkbox"/> Exfoliante |
| <input type="checkbox"/> Máscara | <input type="checkbox"/> Crema nocturna | <input type="checkbox"/> Crema diurna | |
| <input type="checkbox"/> Pantalla solar con factor de protección: _____ | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |

Productos/línea de productos para cuidado de la piel usado: _____

Productos específicos: _____

Productos de maquillaje usados: _____

Análisis: _____

Enfermedades: _____

Notas: _____

Recomendaciones de cuidados en el hogar: _____

Firma: _____ Fecha: _____