

Formulario de Admisión de Cliente de Esteticista

Formulario integral de admisión de cuidado de la piel para tratamientos faciales, análisis de piel y servicios estéticos

Información del Cliente

Nombre *

Apellido *

Correo Electrónico *

Número de Teléfono *

Fecha de Nacimiento *

DD / MM / AAAA

Análisis de la Piel

¿Cómo describirías tu tipo de piel? *

- ☐ Seca — se siente tirante, puede descamarse
- ☐ Grasosa — brillante, poros dilatados
- ☐ Mixta — zona T grasosa, mejillas secas
- ☐ Normal — equilibrada, problemas mínimos
- ☐ Sensible — fácilmente irritada, reactiva
- ☐ Deshidratada — carece de humedad pero puede seguir siendo grasosa

¿Cuáles son tus principales preocupaciones de la piel? (selecciona todas las que apliquen) *

- ☐ Acné / Brotes
- ☐ Hiperpigmentación / Manchas oscuras
- ☐ Opacidad / Tono desigual
- ☐ Sequedad / Descamación
- ☐ Cicatrices de acné
- ☐ Puntos negros / Congestión
- ☐ Envejecimiento / Líneas de expresión / Arrugas
- ☐ Enrojecimiento / Rosácea
- ☐ Textura áspera / Poros grandes
- ☐ Daño solar
- ☐ Ojeras / Hinchazón

¿Qué resultados esperas lograr? *

Historial de Piel y Tratamientos

Describe tu rutina actual de cuidado de la piel *

¿Has recibido tratamientos faciales profesionales antes? *

- ☐ Sí, regularmente ☐ Sí, ocasionalmente ☐ No, este es mi primero

¿Has recibido alguno de los siguientes en las últimas 4 semanas?

- ☐ Peeling químico ☐ Microagujas ☐ Tratamiento láser
☐ Microdermoabrasión ☐ Botox o relleno ☐ Depilación facial
☐ Ninguno de los anteriores

¿Estás usando algún producto de cuidado de la piel recetado?

Información de Salud

¿Tienes alguna de las siguientes condiciones?

- ☐ Eczema ☐ Psoriasis
☐ Rosácea (diagnosticada) ☐ Herpes labial / Herpes simple
☐ Diabetes ☐ Trastorno autoinmune
☐ Cáncer (actual o en tratamiento) ☐ Historial de cicatrización queloidea
☐ Embarazada o en período de lactancia ☐ Ninguno de los anteriores

Alergias conocidas (ingredientes de cuidado de la piel, látex, fragancias, etc.) *

Medicamentos actuales (incluidos suplementos)

¿Has tomado Accutane (isotretinoína) en los últimos 6 meses? *

- ☐ Sí ☐ No

Selección de Servicios

Servicios de Interés *

- ☐ Facial Básica / Clásica
- ☐ Facial de Limpieza Profunda
- ☐ HydraFacial
- ☐ Facial Anti-Envejecimiento
- ☐ Facial Iluminadora / Despigmentante
- ☐ Facial para Acné
- ☐ Facial para Piel Sensible
- ☐ Dermaplaning
- ☐ Terapia de Luz LED
- ☐ Facial de Oxígeno
- ☐ Facial Personalizada / Recomendación de la Esteticista

Registro de Servicio

Solo para uso interno

	Fecha	Paso	Producto	Notas
Entrada 1				
Entrada 2				
Entrada 3				
Entrada 4				
Entrada 5				
Entrada 6				

Consentimiento y Firma

Certifico que la información proporcionada es exacta y completa. Entiendo que mi esteticista utilizará esta información para personalizar mi tratamiento. Consiento en recibir los servicios de cuidado de la piel seleccionados anteriormente y entiendo que los resultados varían según el individuo. Me comprometo a notificar a la esteticista cualquier molestia durante el tratamiento.

Confirmo que he leído y comprendido la información anterior y doy mi consentimiento informado.

He leído y entiendo la información anterior: _____

Firma

Fecha

Nombre en letra de imprenta

Fecha *

DD / MM / AAAA

Este formulario fue proporcionado gratuitamente por Consentify

Consentify convierte formularios como este en consentimiento digital que tus clientes firman en su teléfono mediante código QR — con PDFs automáticos, alertas de contraindicaciones y almacenamiento cifrado. Plan gratuito disponible en <https://getconsentify.com>.

Solo plantilla. Revisa con tu propio profesional con licencia o asesor legal antes de usar; los requisitos varían según la jurisdicción y la práctica.