

Consentimiento para Tratamiento Facial

Consentimiento y consulta de piel para faciales, hidrodermabrasión, dermoplanado, tratamientos enzimáticos y terapia LED

Información del Cliente

Nombre *

Apellido *

Correo Electrónico *

Número de Teléfono *

Fecha de Nacimiento *

DD / MM / AAAA

Consulta de Piel

Servicios hoy *

☐ Facial clásico / personalizado

☐ Dermoplanado

☐ Extracciones

☐ Microcorriente

☐ Hidrodermabrasión

☐ Exfoliación enzimática o química suave

☐ Terapia de luz LED

Tipo de piel *

☐ Normal

☐ Seca

☐ Grasa

☐ Mixta

☐ Sensible

Preocupaciones de piel

☐ Acné / Brotes

☐ Líneas finas / Envejecimiento

☐ Manchas oscuras / Tono desigual

☐ Enrojecimiento / Rosácea

☐ Sequedad / Deshidratación

☐ Textura / Poros

Productos de cuidado actual

Evaluación de Salud y Piel

¿Has usado retinol, tretinoína u otros retinoides en los últimos 5-7 días? *

☐ Sí ☐ No

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

☐ Sí ☐ No

¿Tienes herpes labial activo, lesiones abiertas, quemadura solar o infección de piel hoy? *

☐ Sí ☐ No

¿Has recibido inyectables, láser, microagujas, depilación o peeling químico en las últimas 2 semanas? *

☐ Sí ☐ No

¿Estás embarazada o amamantando? *

☐ Sí ☐ No

¿Tienes epilepsia, marcapasos o implantes metálicos en la cara? *

☐ Sí ☐ No

¿Tienes alergias a ingredientes de cuidado de piel, frutos secos, látex o fragancia? *

☐ Sí ☐ No

Si es sí, por favor especifica

Medicamentos actuales

Riesgos y Complicaciones

Posibles reacciones:

- Enrojecimiento, calor y sensibilidad leve durante algunas horas
- Purga o brotes durante algunos días después de exfoliación o extracciones
- Sequedad o descamación
- Pequeños cortes o irritación del dermoplanado (poco común)
- Reacción alérgica a un producto
- Hiperpigmentación si la piel tratada se expone al sol sin protección
- Herpes labial recurrente con historial de herpes simple

Evita el sol, retinoides, ácidos exfoliantes y ejercicio intenso durante 24-48 horas después del tratamiento, y usa SPF 30+ diariamente.

Confirmando que mis respuestas sobre el uso de retinoides, isotretinoína, procedimientos recientes, alergias y condiciones médicas son precisas, y entiendo que el tratamiento puede ser ajustado o rechazado en función de ellas.

He divulgado mi historial de piel y productos: _____

Registro de Servicios

Solo para uso interno

	Fecha	Servicios / Productos	Observaciones de piel	Recomendaciones de cuidado en casa
Entrada 1				
Entrada 2				

	Fecha	Servicios / Productos	Observaciones de piel	Recomendaciones de cuidado en casa
Entrada 3				
Entrada 4				
Entrada 5				
Entrada 6				

Consentimiento y Firma

Doy mi consentimiento voluntario para recibir el o los tratamientos faciales seleccionados arriba. Entiendo que la esteticien no está diagnosticando ni tratando una condición médica, que los resultados varían, y que debo reportar cualquier incomodidad durante el tratamiento de inmediato. Libero al proveedor y la práctica de cualquier responsabilidad relacionada con este tratamiento excepto en casos de negligencia.

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

He leído y entiendo lo anterior y consiento al tratamiento: _____

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.