

Dades personals

Nom i cognoms:

Data de naixement:

Telèfon de contacte:

Email:

1. HISTORIAL MÈDIC

Pateixes alguna malaltia crònica?

Estàs sota algun tractament mèdic actualment?

Tens alguna al·lèrgia (medicaments, cosmètics, alimentària, etc.)?

Has tingut alguna intervenció quirúrgica recentment?

Pateixes algun problema de salut? (circulatoris, cardíacs, cutanis, hormonals, ossis, diabetis, etc.)

2. ESTAT DE LA PELL I HÀBITS

Com descriuries la teva pell facial? (Seca, Mixta, Grassa, Sensible)

Sofreixes de rosàcia, couperosi o altres afeccions cutànies?

Quins productes utilitzes a la teva rutina facial? (Netejador, Sèrum, Crema hidratant, etc.)

T'has realitzat algun tractament estètic anteriorment?

Com cuides la pell del teu cos? (Hidratant, Oli corporal, Exfoliant, etc.)

3. HÀBITS DE VIDA

Practiques esport amb regularitat? Quantes hores a la setmana?

Consideres que segueixes una dieta saludable?

Quina quantitat d'aigua beus al dia aproximadament?

4. SALUT EMOCIONAL I DESCANS

Com valores el teu nivell d'estrès (1-10)?

Com valores la qualitat del teu son (1-10)?

Quantes hores dorms de mitjana cada nit?

Realitzes alguna activitat per gestionar l'estrès? (Meditació, loga, Exercici, etc.)

5. DONA I SALUT

Estàs embarassada o en període de lactància?

Prens anticonceptius hormonal?

Pateixes retenció de líquids o cames inflades?

6. ALTRES INFORMACIONS RELLEVANTS

Hi ha algun altre aspecte de la teva salut que consideris important comunicar-nos?

CONSENTIMENT INFORMAT

Autoritzo aquest centre d'estètica a fer ús d'aquestes dades amb la finalitat de personalitzar els tractaments estètics. Confirmo que la informació proporcionada és correcta i que notificaré qualsevol canvi en la meva salut.

Signatura del client _____

Data _____