

FICHA CLÍNICA

NOMBRE:

DIRECCION:

C.P.:

CIUDAD:

COL:

TEL CASA:

TEL. CELULAR:

A QUE SE DEDICA: _____

COMO SUPO DE LA CLINICA: _____

¿ES USTED ALÉRGICO A ALGÚN COSMÉTICO?: SI ☐ NO ☐

¿SE ENCUENTRA BAJO CUIDADOS MÉDICOS?: SI ☐ NO ☐

¿PROBLEMAS CARDIACOS?: SI ☐ NO ☐ ¿HIPERTENSIÓN?: SI ☐ NO ☐

¿HEPATITIS?: SI ☐ NO ☐ ¿HEMOFILIA?: SI ☐ NO ☐

¿DIABETES?: SI ☐ NO ☐ QUELOIDES: SI ☐ NO ☐

CÁNCER: SI ☐ NO ☐ VIH. (SIDA) SI ☐ NO ☐

TIENE USTED ALGUNA ENFERMEDAD GRAVE O INHABILITANTES: _____

HA RECIBIDO CIRUGÍA FACIL EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES: _____

¿SE ENCUENTRA USTED EMBARAZADA? SI ☐ NO ☐

¿QUE TAN SENSIBLE ES USTED AL DOLOR? SI ☐ NO ☐

¿SE ENCUENTRA AHORA EN PERÍODO MENSTRUAL? SI ☐ NO ☐

¿TIENE EN ESTE MOMENTO ALGUNA INFECCIÓN EN LOS OJOS? SI ☐ NO ☐

¿COMO CONSIDERA QUE SE ENCUENTRA AHORA CON SU CIRCULACION SANGUINEA? _____

¿TRAE USTED ALGÚN DELINEADO ANTERIOR? SI ☐ NO ☐

¿PADECE USTED DE HERPES SIMPLE (FUEGO LABIAL)? SI ☐ NO ☐