FICHA DIAGNÓSTICO

DEPILACIÓN LÁSER

NOMBRE:

TELÉFONO:

CENTRO ESTÉTICO:

HISTORIAL:

1- ¿Ha estado o está bajo tratamiento hormonal? ☐ SI ☐ NO

2- ¿Está tomando algún tipo de medicación? ☐ SI ☐ NO

3- Último sistema depilatorio: ☐ Cera ☐ Afeitado ☐ Crema ☐ Eléctrica ☐ Foto Depilación

4- Tiempo transcurrido desde la última depilación: _____

5- ¿Historial de herpes simple o genital? ☐ SI ☐ NO

6- Últimaa exposición al sol: _____

ÁREA(S) DE TRATAMIENTO:

DATOS DEL TRATAMIENTO:

Color vello:	☐ Negro	☐ Castaño	☐ Pelirrojo	☐ Rubio	☐ Rubio claro
Grosor:	☐ Grueso	☐ Medio	☐ Fino	☐ Vello	
Densidad Pilífera:	☐ Alta	☐ Baja	☐ Media		
Tolerancia:	☐ Buena	☐ Regular	☐ No Tolera		
TONO DE PIEL:	☐ Claro	☐ Medio	☐ Oscuro		

PRESUPUESTO	SESIÓN	1	2	3	4	5	6	Sucesivas
	IMPORTE							

Observaciones:

Fecha	Sesión	Fluencia J/cm²	Duración Pulso	HZ	Nº Máquina	Pago	Medicación	Observaciones de la Sesión