## Ficha de diagnóstico

A continuación se encuentra el modelo de ficha de diagnóstico que deberán rellenar sus clientes para realizarles el tratamiento correcto.

# FICHA DIAGNÓSTICO

DEPILACIÓN LÁSER

**NOMBRE:**

**TELÉFONO:**

**CENTRO ESTÉTICO:**

## HISTORIAL:

1- ¿Ha estado o está bajo tratamiento hormonal? ☐ Sí ☐ No

2- ¿Está tomando algún tipo de medicación? ☐ Sí ☐ 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? ☐ Sí ☐ No

6- Última exposición al sol:_____

## AREA(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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |