Amazona
SKIN

Recursos Cosmiatría

FICHA DERMOCOSMÉTICA



AMAZONA SKIN

Ficha dermocosmética facial

N.° DE FICHA _____

FECHA _____

1 Datos personales

NOMBRE COMPLETO _____

DNI _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

EDAD _____ SEXO _____

CELULAR _____ CORREO _____

DIRECCIÓN _____

OCUPACIÓN _____

2 Consulta

MOTIVO DE CONSULTA _____

_____

EXPECTATIVAS _____

ANTECEDENTES FAMILIARES DE PIEL _____

3 Antecedentes médicos

Alergias (medicamentos, cosméticos, látex)	☐ Sí ☐ No	Embarazo o lactancia	☐ Sí ☐ No
Diabetes	☐ Sí ☐ No	Presión arterial	☐ Alta ☐ Baja ☐ Normal
Enfermedad cardiaca	☐ Sí ☐ No	Marcapasos u otro dispositivo implantado	☐ Sí ☐ No
Implantes, placas o clavos metálicos	☐ Sí ☐ No	Epilepsia	☐ Sí ☐ No
Enfermedad de tiroides	☐ Sí ☐ No	Enfermedad renal	☐ Sí ☐ No
Problemas circulatorios o de coagulación	☐ Sí ☐ No	Enfermedad autoinmune	☐ Sí ☐ No
Cáncer (actual o en tratamiento)	☐ Sí ☐ No	Depresión o ansiedad	☐ Sí ☐ No
Herpes labial recurrente	☐ Sí ☐ No	Cicatrices queloides o mala cicatrización	☐ Sí ☐ No
Cirugías (último año)	☐ Sí ☐ No	Otra condición de salud	☐ Sí ☐ No

DETALLE (ALERGIAS, CIRUGÍAS, OTROS) _____

_____

Amazona SKIN
Personaliza el tuyo, contáctanos por WhatsApp

4 Procedimientos estéticos previos

PROCEDIMIENTO	SÍ	NO	ZONA	ÚLTIMA FECHA
Toxina botulínica	☐	☐		
Rellenos o bioestimuladores Ácido hialurónico, Profhilo®, Aesthefill® u otros	☐	☐		
Hilos tensores	☐	☐		
Láser o luz pulsada (IPL)	☐	☐		
Peelings químicos	☐	☐		
Cirugía estética facial	☐	☐		

5 Medicamentos actuales

Ver guía "Medicamentos y cabina"

- ☐ Isotretinoína oral (actual o últimos 6 meses)
- ☐ Corticoides (tópicos u orales)
- ☐ Antibióticos (doxiciclina u otros)
- ☐ Inmunosupresores o tratamiento oncológico
- ☐ Retinoides tópicos (tretinoína, adapaleno)
- ☐ Anticoagulantes o antiagregantes
- ☐ Anticonceptivos u hormonas
- ☐ Antidepresivos o ansiolíticos

OTROS MEDICAMENTOS O SUPLEMENTOS _____

6 Hábitos

Fuma ☐ Sí ☐ No

Alcohol ☐ Nunca ☐ Ocasional ☐ Frecuente

Horas de sueño ☐ < 6 ☐ 6–8 ☐ > 8

Nivel de estrés ☐ Bajo ☐ Medio ☐ Alto

Exposición al sol ☐ Baja ☐ Media ☐ Alta

Vasos de agua al día ☐ < 4 ☐ 4–8 ☐ > 8

Frutas y verduras ☐ Diario ☐ A veces ☐ Casi nunca

Azúcares y ultraprocesados ☐ Poco ☐ Moderado ☐ Mucho

Actividad física ☐ No ☐ 1–2 veces/sem. ☐ 3 o más veces/sem.

7 Rutina de cuidado en casa

PRODUCTO	¿CUÁL?	FRECUENCIA
Limpiador		
Tónico		
Sérum o activos		
Hidratante		
Protector solar ¿Lo reaplica?		
Exfoliantes o ácidos		
Otros		

ÚLTIMO TRATAMIENTO FACIAL EN CABINA _____

Personaliza el tuyo, contáctanos por WhatsApp

8 Situación actual

Ardor, picor o irritación	☐ Sí ☐ No	Heridas, herpes o infección en la zona	☐ Sí ☐ No
Sol intenso o bronceado (últimas 2 semanas)	☐ Sí ☐ No	Procedimiento o cirugía (último mes)	☐ Sí ☐ No
Depilación, exfoliación o peeling en la zona (última semana)	☐ Sí ☐ No		

OBSERVACIONES _____

9 Aparatología: verificación previa

CONDICIÓN	SÍ	NO	NO USAR
Marcapasos u otro dispositivo electrónico implantado	☐	☐	Ningún equipo con corriente: radiofrecuencia, microcorrientes, electroestimulación, alta frecuencia, galvánica
Implantes o placas metálicas en la zona	☐	☐	Radiofrecuencia, galvánica, microcorrientes en esa zona
Embarazo o lactancia	☐	☐	Radiofrecuencia, corrientes, luz pulsada y láser
Epilepsia	☐	☐	Luz pulsada, luces intermitentes y corrientes
Rellenos o hilos tensores Anotar la fecha en la sección 4	☐	☐	Radiofrecuencia y ultrasonido en la zona, salvo autorización del médico
Fotosensibilidad (medicamentos o condición)	☐	☐	Luz pulsada, láser y LED de alta intensidad
Bronceado o sol intenso reciente	☐	☐	Luz pulsada y láser
Poca sensibilidad al calor o al dolor en la zona	☐	☐	Equipos que generan calor: radiofrecuencia, alta frecuencia, vapor
Heridas, infección o herpes activo en la zona	☐	☐	Cualquier equipo en contacto con la zona; microdermoabrasión, microneedling
Problemas de coagulación o anticoagulantes	☐	☐	Microneedling, microdermoabrasión intensa, extracciones
Cáncer actual o en tratamiento	☐	☐	Toda aparatología, salvo autorización del oncólogo

Ante cualquier "Sí", no usar el equipo indicado hasta evaluar el caso. Si hay dudas, pedir autorización al médico tratante antes de continuar.

10 Consentimiento informado

Declaro que la información de esta ficha es verdadera y completa, y que informaré cualquier cambio en mi salud o en mis medicamentos. He sido informado/a de forma clara sobre el tratamiento a realizar, sus objetivos, los cuidados posteriores, sus posibles efectos secundarios y contraindicaciones, y he podido resolver mis dudas. Autorizo voluntariamente la realización del tratamiento indicado por el equipo de Amazona Skin.

Mis datos serán tratados de forma confidencial y usados solo para mi atención, conforme a la Ley N.° 29733, Ley de Protección de Datos Personales.

Autorizo fotografías de seguimiento de mi tratamiento	☐ Sí ☐ No
Autorizo su uso en redes sociales, sin mostrar mi rostro completo	☐ Sí ☐ No

FIRMA	DNI	FECHA
_____	_____	_____

Amazona SKIN
Personaliza tu ficha contactanos por WhatsApp

11 Análisis de la piel

BIOTIPO

- ☐ Normal (eudérmica)
- ☐ Seca (alípica)
- ☐ Mixta
- ☐ Grasa (seborreica)

FOTOTIPO

- ☐ I
- ☐ II
- ☐ III
- ☐ IV
- ☐ V
- ☐ VI

HIDRATACIÓN

- ☐ Adecuada
- ☐ Deshidratación superficial
- ☐ Deshidratación profunda

TEXTURA

- ☐ Fina
- ☐ Media
- ☐ Gruesa
- ☐ Muy gruesa

COLOR Y LUMINOSIDAD

- ☐ Uniforme y luminosa
- ☐ Pálida
- ☐ Opaca o apagada
- ☐ Brillante (sebo)

SENSIBILIDAD

- ☐ Piel sensible
- ☐ Rosácea
- ☐ Reactiva a productos

GLÁNDULA SEBÁCEA Y ACNÉ

- ☐ Poros dilatados
- ☐ Puntos negros
- ☐ Puntos blancos
- ☐ Milium
- ☐ Piel asfixiada
- ☐ Pápulas
- ☐ Pústulas
- ☐ Nódulos o quistes

CIRCULACIÓN

- ☐ Cuperosis
- ☐ Telangiectasias
- ☐ Eritrosis

ENVEJECIMIENTO

- ☐ Líneas finas
- ☐ Arrugas profundas
- ☐ Flacidez leve
- ☐ Flacidez marcada

HIPERPIGMENTACIÓN

- ☐ Melasma
- ☐ Léntigos solares
- ☐ Efélides (pecas)
- ☐ Postinflamatoria
- ☐ Nevus (lunares)

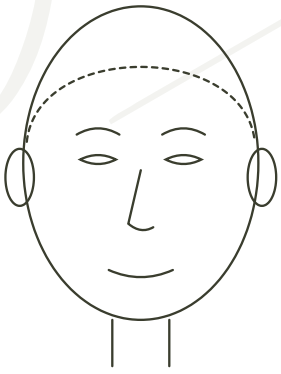
HIPOPIGMENTACIÓN

- ☐ Vitíligo
- ☐ Postinflamatoria

CICATRICES

- ☐ Superficiales
- ☐ Profundas
- ☐ Pigmentadas

12 Diagnóstico cosmético y resumen



Marcar zonas y lesiones

Personaliza el tuyo, contáctanos por WhatsApp

13 Esquema de tratamiento

N.°	FECHA	TRATAMIENTO Y EQUIPO	PARÁMETROS	REACCIÓN Y OBSERVACIONES
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Amazona SKIN
Personaliza el tuyo, contáctanos por WhatsApp