



ACUPUNTURA COSMÉTICA INFORMACIÓN (CARA Y CUELLO)

Nombre _____ Edad _____ Fecha _____

¿Esta embarazada o en planes de embarazo? Sí No

¿Se ha puesto Botox anteriormente? No / Sí (Fecha: _____)

¿Ha tenido tratamientos cosméticos anteriormente? No / Sí (Especifique)

Del 1 a 10 como calificaría el estado de salud de su cuello y cara: _____

¿Qué parte de su cara y cuello le gustan mas?

¿Qué parte de su cara y cuello le gustaría cambiar?

¿Qué es lo que espera de nuestro tratamiento cosmético?

¿Qué tipo de productos para la piel usa actualmente?

¿Qué tan feliz esta con esos productos actualmente? Mucho Poco Regular

¿Cuál de los siguientes productos usa?

<input type="checkbox"/> Limpiador:	_____	AM / PM / Semanal / Ocasionalmente
<input type="checkbox"/> Tonificador:	_____	AM / PM / Semanal / Ocasionalmente
<input type="checkbox"/> Suero:	_____	AM / PM / Semanal / Ocasionalmente
<input type="checkbox"/> Crema:	_____	AM / PM / Semanal / Ocasionalmente
<input type="checkbox"/> Crema para los ojos:	_____	AM / PM / Semanal / Ocasionalmente
<input type="checkbox"/> Hidratante:	_____	AM / PM / Semanal / Ocasionalmente
<input type="checkbox"/> Crema solar:	_____	AM / PM / Semanal / Ocasionalmente
<input type="checkbox"/> Exfoliante	_____	AM / PM / Semanal / Ocasionalmente
<input type="checkbox"/> Mascarilla:	_____	AM / PM / Semanal / Ocasionalmente
<input type="checkbox"/> Otros:	_____	AM / PM / Semanal / Ocasionalmente