



EVALUACION PARA TRATAMIENTOS CORPORALES

Historial Clínico:

Nombre: _____

Cédula: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Sexo: _____ Profesión / ocupación: _____

Dirección: _____

Teléfono de Casa: _____ Oficina: _____

Celular: _____ Correo: _____

Cómo supo de nuestros servicios: _____

Se ha hecho tratamientos estéticos y cuáles: _____

Observación:

Menopausia: _____ Tiroides: _____ Diabetes: _____ Ulceras: _____ Gastritis: _____

Estreñimiento: _____ Fuma: _____ Consume Alcohol: _____ Nervios: _____ Insomnio:

_____ Hipertensión: _____ Retiene líquido: _____ Problemas Hormonales:

¿Cuáles?: _____ Cáncer: _____ Alergias: _____ Quistes o

Fibromas: _____ Dónde?: _____

Problemas Cardíacos: _____ Problemas Circulatorios: _____ Anticonceptivos: _____

¿Toma algún medicamento? ¿Cuál? _____

¿Está usted embarazada en este momento? _____

Consume:

Grasas: _____ Harinas: _____ Sodas: _____ Dulces: _____ ¿Consume suficiente agua al

día? ¿cuántos vasos?: _____

Certifico que he leído y acepto todos los términos antes mencionados.

FIRMA _____

