

Escribe con bolígrafo negro o azul y marca las casillas que correspondan. Tus respuestas son confidenciales y solo se usan para que tu tratamiento sea seguro. ¿Prefieres rellenarlo por internet? Puedes completar el mismo formulario al reservar en <https://haloestetique.com/es/reservar>.

## Sobre ti

Para saber a quién atendemos y cómo localizarte.

|                     |           |               |
|---------------------|-----------|---------------|
| Nombre              | Apellidos |               |
| Fecha de nacimiento | Ocupación | Teléfono      |
| Correo electrónico  |           |               |
| Calle y número      |           |               |
| Dirección, línea 2  |           |               |
| Ciudad              | Estado    | Código postal |

### ¿Cómo conociste Halo Estetique?

☐ Facebook/Instagram ☐ Búsqueda en internet ☐ Recomendación ☐ Otro

Si has marcado "otro", cuéntanos

Si te recomendaron, ¿quién fue?

|                                   |                                     |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| Nombre del contacto de emergencia | Teléfono del contacto de emergencia |
|-----------------------------------|-------------------------------------|

## Historial médico

Esto mantiene tu tratamiento seguro: responde con el mayor detalle posible.

### ¿Has ido al dermatólogo en el último año?

☐ Sí ☐ No

Si es así, indica el nombre, los datos de contacto y el motivo de la visita

### ¿Estás actualmente bajo el cuidado de un médico o de un terapeuta de la piel?

☐ Sí ☐ No

Si es así, indica el nombre y un teléfono de contacto

### ¿Te han operado recientemente, incluida cirugía estética?

☐ Sí ☐ No

Si es así, explícanoslo

**¿Tienes o has tenido alguna de estas afecciones?** *Marca todo lo que corresponda.*

- |                                                       |                                                     |                                                                |                                               |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Desequilibrio hormonal       | <input type="checkbox"/> Cáncer                     | <input type="checkbox"/> Enfermedad o lesiones de la piel      | <input type="checkbox"/> Enfermedad sistémica |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta        | <input type="checkbox"/> Diabetes                   | <input type="checkbox"/> Artritis                              | <input type="checkbox"/> Trastorno autoinmune |
| <input type="checkbox"/> Asma                         | <input type="checkbox"/> Epilepsia o convulsiones   | <input type="checkbox"/> Herpes labial frecuente               | <input type="checkbox"/> Herpes               |
| <input type="checkbox"/> VIH/SIDA                     | <input type="checkbox"/> Hepatitis                  | <input type="checkbox"/> Lupus                                 | <input type="checkbox"/> Depresión o ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza o migrañas | <input type="checkbox"/> Quemadura solar            | <input type="checkbox"/> Eccema                                | <input type="checkbox"/> Hemofilia            |
| <input type="checkbox"/> Psoriasis                    | <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos        | <input type="checkbox"/> Flebitis, coágulos o mala circulación | <input type="checkbox"/> Lunares              |
| <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides        | <input type="checkbox"/> Lesión de cuello o columna | <input type="checkbox"/> Cualquier infección activa            | <input type="checkbox"/> Cicatrices queloides |
| <input type="checkbox"/> Fibromialgia                 | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza o cuello   | <input type="checkbox"/> Otra                                  |                                               |

Si has marcado "otra", explícanoslo

**¿Tienes alguna alergia conocida?** *Marca todo lo que corresponda.*

- |                                                          |                                       |                                  |                                          |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aspirina                        | <input type="checkbox"/> Látex        | <input type="checkbox"/> Frutas  | <input type="checkbox"/> Lidocaína       |
| <input type="checkbox"/> Fragancias o aceites esenciales | <input type="checkbox"/> Frutos secos | <input type="checkbox"/> Lácteos | <input type="checkbox"/> Protector solar |
| <input type="checkbox"/> Polen                           | <input type="checkbox"/> Ninguna      | <input type="checkbox"/> Otra    |                                          |

Cualquier otra alergia o sensibilidad

**Indica los medicamentos, suplementos o remedios naturales que tomas actualmente.** *Escribe N/A si no tomas ninguno.*

**¿Cuál de estas cosas haces?** *Marca todo lo que corresponda.*

- |                                                         |                                                                  |                                                         |
|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fumo                           | <input type="checkbox"/> Consumo alcohol                         | <input type="checkbox"/> Consumo drogas recreativas     |
| <input type="checkbox"/> Consumo cafeína                | <input type="checkbox"/> Bebo agua con regularidad               | <input type="checkbox"/> Hago ejercicio con regularidad |
| <input type="checkbox"/> Sigo una dieta restringida     | <input type="checkbox"/> Llevo marcapasos                        | <input type="checkbox"/> Llevo implantes metálicos      |
| <input type="checkbox"/> Uso lentes de contacto o gafas | <input type="checkbox"/> Uso cabinas de bronceado con frecuencia | <input type="checkbox"/> Ninguno                        |

**¿Sufres problemas de sinusitis?**

- ☐ Sí    ☐ No

**¿Has tenido alguna vez claustrofobia?**

- ☐ Sí    ☐ No

**¿Cuál es tu nivel de estrés actual?**

- ☐ Alto    ☐ Medio    ☐ Bajo

## Solo clientas

Sáltate estas preguntas si no te aplican.

**¿Estás embarazada o en período de lactancia?**

- ☐ Sí    ☐ No

**¿Tomas anticonceptivos o terapia hormonal sustitutiva?**

- ☐ Sí    ☐ No

## Tu piel

Cuéntanos cómo es tu piel para adaptar el tratamiento.

### ¿Te has hecho un facial antes?

☐ Sí ☐ No

Si es así, ¿cuándo fue tu último facial o tratamiento de piel?

### ¿Usas actualmente productos que contengan, o tomas alguno de, lo siguiente? *Marca todo lo que corresponda.*

- |                                                                     |                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Medicación para el acné                    | <input type="checkbox"/> Crema tópica recetada                           |
| <input type="checkbox"/> Retinol o derivados de la vitamina A       | <input type="checkbox"/> Productos con hidroquinona o alfa hidroxiácidos |
| <input type="checkbox"/> AHA (ácido glicólico, ácido láctico, etc.) | <input type="checkbox"/> BHA (ácido salicílico)                          |
| <input type="checkbox"/> Ninguno                                    |                                                                          |

### ¿Te has hecho alguno de estos tratamientos de piel? *Marca todo lo que corresponda.*

- |                                                      |                                              |                                           |
|------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Peeling químico             | <input type="checkbox"/> Microdermoabrasión  | <input type="checkbox"/> Dermaplaning     |
| <input type="checkbox"/> Microagujas (microneedling) | <input type="checkbox"/> Ultrasonido facial  | <input type="checkbox"/> Depilación láser |
| <input type="checkbox"/> Tratamientos láser          | <input type="checkbox"/> Depilación con cera | <input type="checkbox"/> Ninguno          |

Otro tratamiento

### Si has marcado alguno, ¿cuándo fue?

- ☐ Sí, en los últimos 7-10 días ☐ Sí, en el último mes ☐ Sí, en los últimos 2-3 meses

### ¿Has tenido alguna vez una reacción adversa a un producto de cuidado de la piel?

☐ Sí ☐ No

Si es así, marca todo lo que corresponda:

- ☐ Sarpullido ☐ Irritación ☐ Descamación ☐ Sensibilidad al sol ☐ Brote de granos

### ¿Te has puesto inyectables alguna vez?

☐ Sí ☐ No

Si es así, fecha del último tratamiento

### ¿Cuál dirías que es tu tipo de piel?

- |                                                                                           |                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Normal (sin imperfecciones visibles, poros finos, textura suave) | <input type="checkbox"/> Grasa (poros dilatados, exceso de grasa)                         |
| <input type="checkbox"/> Acné (quístico o con nódulos)                                    | <input type="checkbox"/> Seca (apagada, líneas y arrugas visibles, sensación de tirantez) |
| <input type="checkbox"/> Madura (seca, con líneas y arrugas profundas muy visibles)       | <input type="checkbox"/> Mixta (zonas grasas y secas, zona T grasa, acné hormonal)        |
| <input type="checkbox"/> Sensible (reacciona a los perfumes, se irrita con frecuencia)    | <input type="checkbox"/> No estoy segura                                                  |

### ¿Tienes hiperpigmentación o hipopigmentación?

☐ Sí ☐ No

### ¿Te salen granos con frecuencia?

☐ Sí ☐ No

### ¿Qué productos de cuidado de la piel usas actualmente? *Marca todo lo que corresponda.*

- |                                     |                                           |                                          |                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Jabón      | <input type="checkbox"/> Limpiador        | <input type="checkbox"/> Tónico          | <input type="checkbox"/> Exfoliante |
| <input type="checkbox"/> Mascarilla | <input type="checkbox"/> Crema hidratante | <input type="checkbox"/> Protector solar | <input type="checkbox"/> Ninguno    |

Otros productos

### ¿Usas protector solar?

- ☐ Siempre ☐ A menudo ☐ A veces ☐ Nunca

### ¿Cuál es tu rutina diaria de cuidado de la piel?

---

---

---

### ¿Qué te preocupa ahora mismo de tu piel?

---

---

---

### ¿Cuál es tu objetivo para tu piel?

---

---

---

**Indica qué servicios o zonas te interesan.** *Marca todo lo que corresponda.*

☐ Reducir o eliminar manchas solares y  
marrones

☐ Melasma

☐ Reducción de arrugas

☐ Tratamiento del acné

☐ Microagujas (microneedling)

☐ Rosácea

☐ Cuidado general de la piel

Otro

---

## Consentimiento

Léelo con atención antes de firmar.

---

Al enviar y firmar este formulario, reconozco, consiento y acepto lo siguiente:

Doy mi permiso para recibir faciales, tratamientos de cuidado de la piel, servicios de pestañas y cejas o servicios de depilación con cera.

Entiendo que la esteticista no diagnostica enfermedades ni lesiones, ni receta medicamentos.

Cuento con la autorización de mi médico para recibir faciales, tratamientos de piel y servicios de depilación con cera.

Entiendo que los riesgos asociados a los faciales y a la depilación con cera incluyen, entre otros:

- Hematomas superficiales o enrojecimiento
- Molestias musculares de corta duración
- Agravamiento de una lesión no detectada

Reconozco que mi piel puede sufrir irritación, tirantez, enrojecimiento o una leve hinchazón temporales, que suelen desaparecer en 72 horas según la sensibilidad de la piel.

Reconozco que, si soy alérgica a uno o más ingredientes de los productos utilizados, puedo sufrir reacciones alérgicas.

Reconozco que, si no uso al menos un protector solar SPF45, soy más propensa a las quemaduras solares, al daño cutáneo y a la hiperpigmentación. Debo evitar la exposición solar excesiva.

Reconozco que este tratamiento es estrictamente un procedimiento cosmético electivo y que no se ha expresado ni dado a entender ninguna afirmación médica.

Reconozco que debo evitar el uso de productos tipo Retin-A, la exfoliación agresiva, la depilación con cera y los productos con ácidos que no formen parte de la rutina recomendada para casa, durante las 2 a 4 semanas posteriores al tratamiento.

Entiendo la importancia de informar a mi esteticista de todas mis afecciones médicas y de los medicamentos que tomo, así como de comunicarle cualquier cambio en ellos. Entiendo que puede haber riesgos adicionales según mi estado físico.

Entiendo que es mi responsabilidad informar a mi esteticista de cualquier molestia que sienta durante la sesión para que pueda ajustar el tratamiento.

Entiendo que tanto yo como la esteticista podemos dar por terminada la sesión en cualquier momento.

He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la sesión y mis preguntas han sido respondidas.

Consiento que, según mi leal saber y entender, las respuestas que he dado son correctas y que no he ocultado ninguna información que pueda ser relevante para mi tratamiento. Doy mi consentimiento para todos los tratamientos futuros.

Por lo tanto, libero a Halo Estetique y a su personal de toda responsabilidad asociada a cualquier lesión y/o afección actual o futura derivada de los procedimientos o productos de cuidado de la piel.

**Pago**

Entiendo que el importe restante de mi tratamiento se abona en el estudio el mismo día, y que cuando se cobra un depósito al reservar lo gestiona Square, el proveedor de pagos del estudio, y que Halo Estetique no almacena los datos de mi tarjeta.

**He leído y acepto el consentimiento anterior.**

Firma

Nombre en letra de imprenta

Fecha