**FICHA TÉCNICA – TRATAMIENTO COSMÉTICO – INFORMACIÓN CONFIDENCIAL**

*A cumplimentar por el centro:*

**Tratamiento[[1]](#footnote-1): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Esteticista: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Productos a aplicar[[2]](#footnote-2): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*A cumplimentar por el/la cliente:*

**¿Cómo has conocido nuestro centro?**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Recomendación médica □ | Internet/redes sociales □ | Boca a boca □ | Asociación □ | Perfumería □ | Otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |  |  |  |

**¿Qué tipo de piel tienes?**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Seca □ | Normal □ | | Grasa □ | Mixta □ | | Otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
|  | |  | | |  | |  |  |  | |

**¿Cuál de los siguientes productos incluyes en tu rutina actual?**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Limpiador □ | Tóner □ | Exfoliante □ | Sérum □ | Hidratante □ | SPF □ | Otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |  |  |  |  |

Detallar producto/marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Con qué frecuencia limpias tu piel?**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Mañana, tarde y noche □ | Mañana y noche □ | Solo mañanas □ | Solo noches □ | Casi nunca □ | Otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |  |  |  |

**¿Tienes o has tenido alguna patología médica/contraindicación a tener en cuenta?**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No □ | Si □ Tipo (*vaciado axilar/inguinal, mastectomía, reconstrucción, etc*.): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  | |
|  | |  | | |  | |  |  |  |

**¿Algún tratamiento o prescripción médica a tener en cuenta?** Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No □ | Si: Quimioterapia □ Radioterapia □ Hormonoterapia □ Colostomía □ Inmunoterapia □ Otros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  | |
|  | |  | | |  | |  |  |  |

**Advertencias**: En el caso de pieles intolerantes, muy sensibles, o dañadas puede existir alguna manifestación puntual de reacción alérgica cutánea a alguno de los ingredientes utilizados y estos riesgos pueden ser ocasionalmente posibles en personas que han estado expuestas a tratamientos agresivos más que en el público en general.

**Protección de Datos Personales.** En virtud de lo establecido en la normativa aplicable de Protección de Datos Personales, este centro informa, como Responsable de Tratamiento, que tus datos personales recabados con la cumplimentación del presente formulario serán tratados con la finalidad de poder llevar a cabo el Tratamiento. Tus datos personales no se cederán a ningún tercero y se conservarán durante el plazo de tres (3) años tras la finalización de tu Tratamiento. Puedes ejercer tus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y/o portabilidad de tus datos mediante correo dirigido a la dirección de correo electrónico arriba indicada. En caso de oponerte y no autorizar el tratamiento y la comunicación de tus datos personales, el Tratamiento no podrá llevarse a cabo.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

SÍ □ NO □ He entendido las características del Tratamiento, incluidas las advertencias, y DOY VOLUNTARIAMENTE MI CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR EL TRATAMIENTO.

SÍ □ NO □ He recibido y entendido la información que se me ha proporcionado sobre los productos que se van a utilizar en el Tratamiento y MANIFIESTO NO TENER NINGÚN TIPO DE ALERGIA A LOS INGREDIENTES LISTADOS EN EL PACKAGING.

SÍ □ NO □ DOY MI CONSENTIMIENTO PARA TRATAR MIS DATOS PERSONALES CONFORME LO DISPUESTO en este formulario.

**Nombre completo:**

**Firma:**

1. *Explicar características del Tratamiento previamente a su realización.* [↑](#footnote-ref-1)
2. *Dar información sobre los productos a utilizar y proporcionar el listado de ingredientes de los mismos para que el cliente verifique que no tiene ningún tipo de alergia/intolerancia.* [↑](#footnote-ref-2)