

SKIN TEST®

El diagnóstico de piel de Lidherma

Nombre y apellido.....
Dirección.....C.P.
Localidad.....Provincia.....Nacionalidad.....
Email.....Teléfono.....Celular.....
Edad:

Salud

¿Durante los últimos 5 años estuvo bajo tratamiento dermatológico? ☐ SI ☐ NO
¿Se ha realizado alguna cirugía durante los últimos 12 meses? ☐ SI ☐ NO
¿Qué tipo de cirugía?
.....
.....

¿Ha tenido algún problema grave de salud? ☐ SI ☐ NO
¿Cuál?
.....
.....

¿Fuma? ☐ SI ☐ NO
¿Hace actividad física regularmente? ☐ SI ☐ NO
En una escala del 1 al 10, especifique su nivel de stress.

¿Tuvo algún tipo de reacción alérgica a:
Cosméticos ☐ SI ☐ NO
Medicinas ☐ SI ☐ NO
Yodo ☐ SI ☐ NO
Polen ☐ SI ☐ NO
Alimentos ☐ SI ☐ NO
Animales ☐ SI ☐ NO
Fragancias ☐ SI ☐ NO
Protectores solares ☐ SI ☐ NO
Otros (especificar) ☐ SI ☐ NO
.....
.....

¿Toma medicamentos habitualmente? ☐ SI ☐ NO
¿Cuáles?
☐ Medicamentos ☐ Vitaminas ☐ Diuréticos
☐ Suplementos ☐ Adelgazantes ☐ Otros
.....
.....

Mujeres

¿Utiliza anticonceptivos orales? ☐ SI ☐ NO
¿Nota cambios en su piel durante el embarazo? ☐ SI ☐ NO
¿Qué tipo de cambios?
.....
.....

¿Sufre de alguna afección en la glándula tiroides? ☐ SI ☐ NO
☐ Hipotiroidismo ☐ Hipertiroidismo

Hombres

¿Qué método utiliza para afeitarse?
☐ Eléctrico ☐ Manual
¿Experimenta algún tipo de irritación? ☐ SI ☐ NO
¿Utiliza productos cosméticos? ¿Cuáles?
.....
.....

La piel

¿Tiene alguna afección en la piel del rostro o cuerpo? ☐ SI ☐ NO
¿Cuál?
.....
.....

¿Qué productos utiliza habitualmente?
☐ De limpieza ☐ Tónico
☐ Humectante ☐ Exfoliante
☐ Maquillaje ☐ Productos para ojos
☐ Antiage ☐ Otros
.....
.....

¿Se ha realizado un peeling químico, dermoabrasión o tratamiento exfoliante?

SI NO

¿En el último mes?

SI NO

¿Ha utilizado productos de renovación celular?

SI NO

¿En el último mes?

SI NO

¿Cómo reaccionó su piel?

¿Utiliza algún producto que contenga estos ingredientes?

- ☐ Ácido glicólico ☐ Ácido láctico
☐ Scrub / Exfoliante ☐ Hidroxiácidos
☐ Derivados de la Vitamina A (retinol)

¿Alguna vez experimentó alguna de estas condiciones en la piel?

- ☐ Descamación
☐ Tirantez
☐ Sequedad

¿Qué FPS utiliza para protegerse del sol?

Rostro ☐ 15 ☐ 30 ☐ 50 ☐ +50

Cuerpo ☐ 15 ☐ 30 ☐ 50 ☐ +50

¿Toma sol o utiliza cama solar?

SI NO

¿Cuánto? Del 1 al 10

¿Se quema fácilmente cuando se expone al sol?

SI NO

¿Su piel enrojece cuando está nervioso?

SI NO

¿Tiene tendencia al enrojecimiento?

SI NO

¿Tiene sensación de calor o picazón en la piel?

SI NO

¿Su piel presenta brillo durante el día?

SI NO

¿Tiene o tuvo algún tipo de irritación en la piel?

SI NO

¿Tiene o tuvo acné?

SI NO

☐ Grado I ☐ Grado II ☐ Grado III ☐ Grado IV

Estilo de vida

¿Cuánta agua consume por día?

¿Toma alguna otra bebida para hidratarse?

Objetivos

¿Qué cambios quiere lograr en su piel?

OBSERVACIÓN COSMÉTICA

Biotipo:

- ☐ Normal ☐ Mixta ☐ Grasa
☐ Seborreica ☐ Deshidratada ☐ Seca

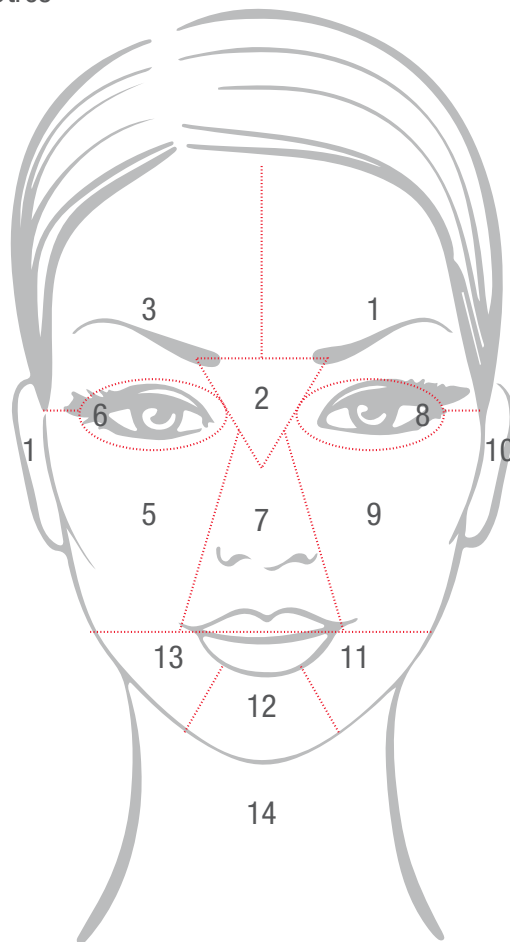
Fototipo:

- ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V ☐ VI

DIAGRAMA DEL ROSTRO

Marcar en el diagrama del rostro si existe alguna lesión de las mencionadas al momento del Skin Test

A Marcas / **B** Eritema / **C** Manchas / **D** Lesiones / **E** Otros



PRODUCTOS RECOMENDADOS

Indicación

Fecha / /