

BODY TEST

El diagnóstico de piel corporal de Lidherma

Nombre y apellido
Dirección C.P.
Localidad Provincia Nacionalidad
Email Teléfono Celular
Edad Fecha de nac.

Salud

¿Estuvo bajo algún tratamiento corporal
estético o terapéutico? ☐ SI ☐ NO

¿Cirugía estética? ☐ SI ☐ NO

¿Qué tipo de cirugía?
.....

¿Cuándo fue la última?

¿Tiene algún tratamiento de relleno?
¿Cuál? ☐ SI ☐ NO
.....

¿Alguna cirugía convencional? ☐ SI ☐ NO
¿Alguna cicatriz corporal? ☐ SI ☐ NO
¿Alguna cirugía reparadora? ☐ SI ☐ NO
¿Algún problema de salud?
Por ejemplo, trastornos metabólicos:
endócrinos - aumento o pérdida de peso
☐ SI ☐ NO
.....

¿Regularidad en el ciclo menstrual? ☐ SI ☐ NO
¿Fuma? ☐ SI ☐ NO

Hábitos

¿Hace actividad física? ☐ SI ☐ NO
¿Cuál?
.....

¿Alergia con algún producto corporal? ☐ SI ☐ NO
¿Toma medicamentos habitualmente?
¿Cuáles? ☐ SI ☐ NO

☐ Vitaminas ☐ Diuréticos ☐ Adelgazantes
☐ Suplementos dietarios ☐ Otros

Mujeres

¿Utiliza algún método anticonceptivo? ☐ SI ☐ NO
¿Oral o Diu?
.....

¿Hijos
¿Último parto? ☐ SI ☐ NO
.....

¿Alguna modificación de la piel durante
el embarazo o post? ☐ SI ☐ NO

Hombres y Mujeres

Método de depilación
☐ Eléctrico ☐ Manual (cera)
☐ Depilación progresiva

¿Experimentó alguna reacción luego
de la depilación? ☐ SI ☐ NO

La piel

¿Cual es el cuidado diario de la piel del cuerpo?
☐ Hidratantes ☐ Renovadores ☐ Otros
☐ Espuma de baño ☐ Exfoliantes con gránulos
☐ Anticelulíticos

¿Qué texturas prefiere cuando tiene que
exfoliar la piel del cuerpo?

☐ Con gránulos ☐ Espuma en gel

¿Se ha realizado alguna vez un peeling corporal? ☐ SI ☐ NO
¿Toma sol o cama solar? ☐ SI ☐ NO
¿Se quema muy fácilmente ? ☐ SI ☐ NO

Presoterapia/Termolipólisis

☐ Trombosis venosas ☐ Infecciones
☐ Afecciones locales de la piel ☐ Hipertenso
☐ Heridas abiertas ☐ Alteraciones cardíacas

Electroestimulación/Ondas Rusas Interferenciales

☐ Embarazadas ☐ Alteraciones cardíacas
☐ Infecciones cutáneas ☐ Presencia de Diu

Ultrasonido/Ultracavitador

- ☐ Marcapasos ☐ Menores de 16 años
☐ Embarazo

Radiofrecuencia

- ☐ Prótesis ☐ Implantes de hilos de oro
☐ Embarazo ☐ Período de lactancia
☐ Alteraciones cardíacas ☐ Infecciones
☐ Cáncer ☐ Cirugía reciente ☐ Peeling profundo
☐ Tratamientos inmunosupresores

¿Qué objetivos quiere lograr con el tratamiento?

.....
.....
.....

Medidas

1º sesión / Fecha:

Cintura: alta: baja:
Contorno de busto: Contorno de muslo:
Contorno de rodilla: Contorno de tobillo:
Brazos:

5º sesión / Fecha:

Cintura: alta: baja:
Contorno de busto: Contorno de muslo:
Contorno de rodilla: Contorno de tobillo:
Brazos:

12º sesión / Fecha:

Cintura: alta: baja:
Contorno de busto: Contorno de muslo:
Contorno de rodilla: Contorno de tobillo:
Brazos:

Peso

1º sesión

Fecha:

5º sesión

Fecha:

12º sesión

Fecha:

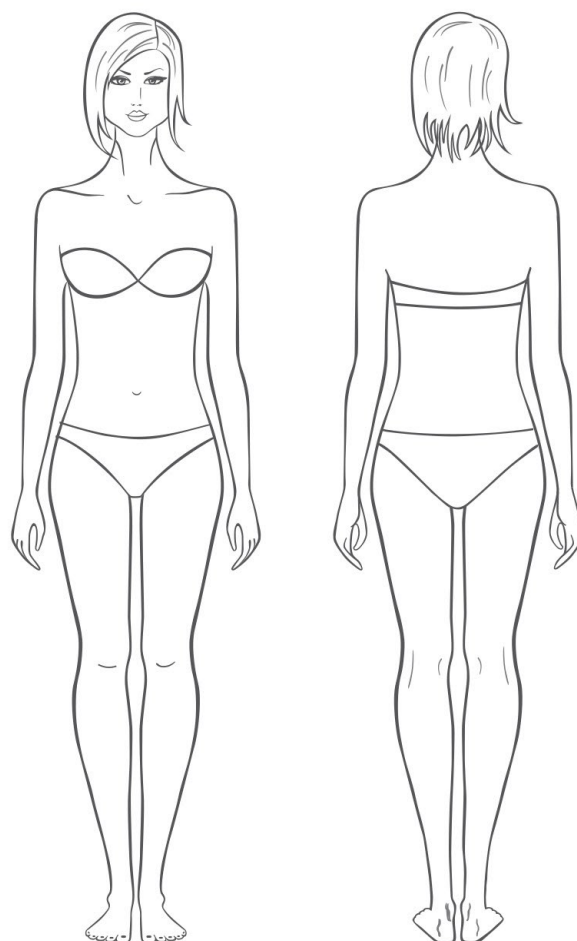
Adjuntar fotos (antes y después)

OBSERVACIÓN DE LA PROFESIONAL: DIAGNÓSTICO DE LA PIEL DEL CUERPO

DIAGRAMA DEL CUERPO

Marcar en el diagrama del cuerpo si existe alguna lesión de las mencionadas al momento del Body Test

A Celulitis compacta dura / **B** Celulitis edematosa / **C** Celulitis blanda o flácida / **D** Celulitis mixta / **E** Piel de naranja / **F** Folliculitis / **G** Piel seca / **H** Piel normal / **I** Zonas pigmentadas / **J** Flacidez / **K** Adiposidad / **L** Pie plano / **M** Várices



Resultados:

.....
.....

Productos recomendados:

.....
.....
.....

Fecha