

Ficha n.º		Fecha:	
DATOS PERSONALES			
Nombre		Edad:	Sexo:
Correo electrónico:		Tlf:	
MOTIVO DE LA CONSULTA		HÁBITOS DE HIGIENE	
Aspecto:		¿Cuándo se lavó el cabello por última vez?	
Intensidad:		Frecuencia de lavado	
Localización:		¿Se ensucia el cabello con rapidez?	
Duración:		Tipo de champú y acondicionador que usa	
Factores que intervienen:(estrés, desequilibrio alimentario, menstruación, enfermedad)		Frecuencia y forma de peinado	
Tratamientos realizados:		Otros cuidados que realiza	
Alergias o sensibilidades conocidas:			
Medicación actual:			
Tratamientos médicos capilares: SI ☐ NO ☐			
DATOS DE LA EXPLORACIÓN			
Cuero cabelludo		Tipo de cabello	
Normal ☐ Graso ☐ Seco ☐ Irritación ☐		Normal ☐ Graso ☐ Seco ☐ Frágil ☐ Otros ☐	
Descamación ☐ Otros ☐		Forma: Liso ☐ Ondulado ☐ Rizado ☐	
Observaciones:		Grosor: Fino ☐ Medio ☐ Grueso ☐	
		Densidad : Baja ☐ Alta ☐	
		Observaciones:	
DIAGNÓSTICO:			
RECOMENDACIONES/TRATAMIENTO EN CASA:			
DISEÑO DE TRATAMIENTO:			
FECHA	PRODUCTOS/APARATOS	PAUTAS ADMINISTRACIÓN	OBSERVACIONES