

5.1 Ficha cliente



DATOS PERSONALES

Atendido por _____

Nombre _____ Código postal _____

Dirección _____

Mail _____ Teléfono particular o móvil _____

Cómo ha conocido nuestro centro

C. Médico ☐ Internet ☐ Boca a boca ☐ Asociación ☐ Perfumería ☐ Otros ☐

Le gustaría que contactásemos con usted por Mail ☐ Teléfono ☐ Otros ☐ _____

INFORMACIÓN CLÍNICA

Neoplasias anteriores Sí ☐ No ☐
Antecedentes familiares Sí ☐ No ☐

Localización:

Mama ☐ Cabeza y cuello ☐
Colorectal ☐ Oncohemato ☐
Pulmón ☐ Piel ☐
Ginecológica ☐

TRATAMIENTOS:

· Cirugía Sí ☐ No ☐ Fecha _____
· Mastectomía Sí ☐ No ☐ Fecha _____
· Tumorectomía Sí ☐ No ☐ Fecha _____
· Vaciado axilar Sí ☐ No ☐ Fecha _____
· Reconstrucción Sí ☐ No ☐ Fecha _____
· Colostomía Sí ☐ No ☐ Fecha _____

Observaciones:

PRESCRIPCIÓN DE TRATAMIENTO MÉDICO:

Quimioterapia Sí ☐ No ☐ Fecha _____
Radioterapia Sí ☐ No ☐ Fecha _____
Hormonoterapia Sí ☐ No ☐ Fecha _____
Terapias dirigidas Sí ☐ No ☐ Fecha _____
Inmunoterapia Sí ☐ No ☐ Fecha _____

Alergias _____

Intolerancias _____

Hábitos tóxicos _____

Peso (SP/N/BP): _____

Contraindicaciones indicadas por el médico: _____

Cuidados estéticos antes de la neoplasia: _____

CUIDADOS ACTUALES:

Autocuidados estéticos Sí ☐ No ☐ Producto/Marca _____
Cabina Sí ☐ No ☐ Producto/Marca _____

TIPO DE PIEL

Seca ☐ Normal ☐ Grasa ☐ Mixta ☐

Otras alteraciones:

Xerosis	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Mastitis	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Eritema	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Telangectasias	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Erupciones acneiformes	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Parestesia	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Eritrosis palmoplantar	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Modificaciones Pigment.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Toxicidad ungueal	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fotosensibilidad	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Edema	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Linfedema	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Fecha	Tratamiento	Observaciones



Fecha	Tratamiento	Observaciones

