

I. DATOS GENERALES

Fecha: ____ / ____ / ____ Hora: ____

Nombre completo: _____

Edad: ____ años Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Otro

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Ocupación: _____

II. MOTIVO DE CONSULTA

¿Por qué consulta hoy?

III. ANTECEDENTES PERSONALES



3A. PATOLÓGICOS

- ☐ Diabetes
- ☐ Hipertensión
- ☐ Hipotiroidismo
- ☐ Enfermedades dermatológicas
- ☐ Enfermedades autoinmunes
- ☐ Otro: _____



3B. OTROS ANTECEDENTES

Alergias: ☐ No ☐ Sí

¿Cuáles? _____

Medicación actual: _____

Cirugías: _____

Embarazo o lactancia: ☐ No ☐ Sí



IV. ANTECEDENTES DERMATOCOSMIÁTRICOS

¿Ha recibido tratamientos estéticos?

☐ No ☐ Sí

¿Cuáles?

- ☐ Limpieza facial ☐ Peeling ☐ Dermapen
- ☐ Láser ☐ Mesoterapia ☐ Toxina botulínica
- ☐ Ácido hialurónico ☐ Otro: _____

¿Presentó alguna reacción?



V. HáBITOS

Fotoprotector



- ☐ Nunca
- ☐ Ocasional
- ☐ Diario

FPS habitual: _____

Consumo de agua



- ☐ <1 litro
- ☐ 1-2 litros
- ☐ >2 litros

Sueño



- ☐ <6 horas
- ☐ 6-8 horas
- ☐ >8 horas

Tabaco



- ☐ No
- ☐ Sí

Alcohol



- ☐ No
- ☐ Ocasional
- ☐ Frecuente

Actividad física



- ☐ No
- ☐ Sí

Frecuencia: _____



VI. RUTINA COSMÉTICA ACTUAL



MAÑANA

- ☐ Limpiador
- ☐ Tónico
- ☐ Sérum
- ☐ Hidratante
- ☐ Protector solar
- ☐ Otro: _____



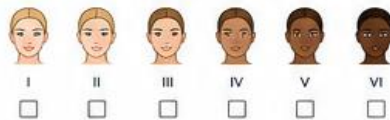
NOCHE

- ☐ Limpiador
- ☐ Desmaquillante
- ☐ Sérum
- ☐ Crema
- ☐ Retinoides
- ☐ Otro: _____



VII. VALORACIÓN DERMATOCOSMIÁTRICA

Fototipo Fitzpatrick



Biotipo cutáneo

- ☐ Normal
- ☐ Seca
- ☐ Mixta
- ☐ Grasa



Estado de la barrera cutánea

- ☐ Íntegra
- ☐ Alterada



Hidratación

- ☐ Adecuada
- ☐ Disminuida



Seborrea

- ☐ Ausente
- ☐ Leve
- ☐ Moderada
- ☐ Severa



Sensibilidad

- ☐ No
- ☐ Sí



Discromías

- ☐ No
- ☐ Sí

¿Cuáles? _____

Lesiones predominantes (puede marcar varias)

- ☐ Comedones ☐ Pápulas ☐ Pústulas ☐ Máculas ☐ Lentigos ☐ Eritema
- ☐ Telangiectasias ☐ Arrugas ☐ Flacidez ☐ Cicatrices ☐ Otra: _____



VIII. DIAGNÓSTICO DERMATOCOSMIÁTRICO



IX. MÉTODO PRAXIS®

Eje Terapéutico PRAXIS (ETP)

- ☐ Hidratación
- ☐ Reparación de barrera
- ☐ Seborregulación
- ☐ Despigmentación
- ☐ Antiinflamatorio
- ☐ Antioxidante
- ☐ Rejuvenecimiento
- ☐ Remodelación
- ☐ Protección
- ☐ Estimulación folicular

Objetivo Biológico PRAXIS (OBP)

Plan Terapéutico PRAXIS (PTP)



X. OBSERVACIONES

XI. REGISTRO FOTOGRÁFICO



Frontal

☐



Perfil Derecho

☐



Perfil Izquierdo

☐



Oblicua Derecha

☐



Oblicua Izquierda

☐



XII. CONSENTIMIENTO

- ☐ Autorizo la valoración dermatocosmiátrica.
- ☐ Autorizo el registro fotográfico con fines clínicos y docentes.



XIII. RAZONAMIENTO CLÍNICO PRAXIS® (Responder brevemente)

1

¿Cuál es el principal problema dermatocosmiátrico identificado?

2

¿Cuál es el Objetivo Biológico prioritario?

3

¿Por qué eligió ese Objetivo Biológico?



Firma del paciente



Firma del estudiante



Firma del docente

1. INFORMACIÓN AL PACIENTE

He recibido información clara, veraz y comprensible sobre el procedimiento dermatocosmiátrico que se me propone, incluyendo:

- ☐ Objetivo del procedimiento.
- ☐ Pasos generales que incluye.
- ☐ Beneficios esperados.
- ☐ Riesgos o reacciones adversas posibles.
- ☐ Cuidados previos y posteriores.
- ☐ Alternativas existentes.
- ☐ Limitaciones del procedimiento.
- ☐ Recomendaciones personalizadas para mi piel.

Se me ha brindado la oportunidad de realizar preguntas y todas han sido respondidas satisfactoriamente.

2. PROCEDIMIENTOS DERMATOCOSMIÁTRICOS

Procedimiento(s) propuesto(s):

Descripción general del procedimiento:

Se realizará en:

- ☐ Una sesión
☐ Varias sesiones N° aproximado: _____



Área(s) a tratar:

Técnicas o recursos que pueden utilizarse (según el plan):

- | | |
|--|--|
| ☐ Limpieza facial profunda | ☐ Eletroporación / Iontoforesis |
| ☐ Peeling químico superficial | ☐ Hidratación profunda |
| ☐ Dermapen / Microneedling | ☐ Mesoterapia (dermocosmética) |
| ☐ Alta frecuencia | ☐ Otros: _____ |
| ☐ Mascarilla específica | |

3. RIESGOS Y REACCIONES POSIBLES

Toda intervención dermatocosmiátrica puede ocasionar reacciones transitorias. Se me ha informado que pueden presentarse:

- | | |
|---|---|
| ☐ Enrojecimiento (eritema) | ☐ Sensibilidad temporal |
| ☐ Sensación de calor o ardor | ☐ Brotes de acné transitorio |
| ☐ Hinchazón leve | ☐ Hiperpigmentación postinflamatoria |
| ☐ Descamación | ☐ Infección (poco frecuente) |
| ☐ Sequedad | ☐ Reacciones alérgicas |
| ☐ Picazón | ☐ Cicatrices (muy poco frecuente) |
| ☐ Moretones (equimosis) | ☐ Resultados variables |

 La intensidad y duración de estas reacciones dependerá de las características individuales de cada persona y del cumplimiento de las indicaciones.

4. CONTRAINDICACIONES RELATIVAS O ABSOLUTAS

- ☐ Infecciones activas en el área a tratar
- ☐ Herpes activo
- ☐ Embarazo o lactancia según el procedimiento
- ☐ Enfermedades autoinmunes descompensadas
- ☐ Cáncer activo
- ☐ Uso de isotretinoína oral (últimos 6-12 meses según el caso)
- ☐ Terapia anticoagulante (según evaluación médica)
- ☐ Alergia a alguno de los productos o componentes a utilizar
- ☐ Enfermedades de la piel en actividad (psoriasis, dermatitis, etc.)
- ☐ Diabetes descompensada
- ☐ Rosácea en fase inflamatoria
- ☐ Otras: _____

5. CUIDADOS Y RECOMENDACIONES

Me comprometo a seguir las indicaciones antes y después del procedimiento:

ANTES

- Suspender activos irritantes según indicación.
- Usar protector solar diariamente.
- Informar cualquier cambio en mi salud.
- Asistir sin maquillaje el día del procedimiento.

DESPUÉS

- Seguir las recomendaciones del profesional.
- Usar protector solar (FPS 50+) diariamente.
- No exponerse al sol ni cabinas de bronceado.
- No manipular, rascar ni exfoliar el área tratada.
- Aplicar los productos recomendados.
- Asistir a los controles programados.

6. DECLARACIONES DEL PACIENTE

Declaro que:

- ☐ He proporcionado información verdadera y completa sobre mi estado de salud.
- ☐ He informado sobre alergias, medicamentos y tratamientos que utilizo.
- ☐ Entiendo los beneficios, riesgos y limitaciones del procedimiento.
- ☐ He leído (o me ha sido leído) y comprendido este documento.
- ☐ Autorizo al profesional a realizar el procedimiento propuesto.
- ☐ Entiendo que el resultado puede variar según mis características individuales.
- ☐ Puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes del procedimiento.
- ☐ Autorizo el uso de registros fotográficos con fines clínicos y docentes.

(Marque con una X)

- ☐ Sí autorizo ☐ No autorizo

7. USO DE IMÁGENES



Autorizo el registro fotográfico de mi procedimiento con fines clínicos, de seguimiento y académicos.

Las imágenes serán:

- ☐ Confidenciales
- ☐ Utilizadas únicamente por el equipo profesional
- ☐ No serán publicadas sin mi autorización adicional

(Marque con una X)

- ☐ Sí autorizo ☐ No autorizo



8. CONFIDENCIALIDAD

Toda la información proporcionada, así como los datos clínicos y fotografías, serán tratados con estricta confidencialidad conforme a la normativa vigente (Ley Orgánica de Protección de Datos Personales - Ecuador).



Mi información no será compartida con terceros sin mi autorización expresa.

9. FIRMA DE CONSENTIMIENTO

Manifiesto que he leído y comprendido toda la información anterior y que todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción.
Acepto voluntariamente realizar el procedimiento dermatocosmiátrico propuesto.

PACIENTE / REPRESENTANTE LEGAL

Nombre completo: _____
C.C. / Pasaporte: _____
Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
Teléfono: _____
Firma: _____
Fecha: ____ / ____ / ____
(Si el paciente es menor de edad, firma el representante legal)

ESTUDIANTE / PROFESIONAL EJECUTOR

Nombre completo: _____
C.C. / Pasaporte: _____
Registro / Matrícula N°: _____
Firma: _____
Fecha: ____ / ____ / ____

DOCENTE SUPERVISOR

Nombre completo: _____
C.C. / Pasaporte: _____
Firma: _____
Fecha: ____ / ____ / ____



DATOS DEL CONSULTORIO / CENTRO

Nombre del centro: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
Correo electrónico: _____



CONTROL DE SESIONES

Sesión N°	Fecha	Procedimiento realizado	Profesional



PRÓXIMA CITA

Fecha: ____ / ____ / ____
Hora: _____
Profesional: _____



GRACIAS POR CONFIAR EN NUESTRO EQUIPO PROFESIONAL.
Tu compromiso y cuidado hacen posible los mejores resultados.

“Una piel saludable es el reflejo de decisiones informadas.”