



Hoja Clínica Microbalding

Nombre: _____

Domicilo o residencia _____

Teléfono: _____ Correo: _____

Edad: _____ Ocupación: _____

HABITOS

Alcohol

Diario Ocasional Semanal No

Cigarro

Diario Ocasional Semanal No

ALIMENTACIÓN

Buena Regular Mala

REALIZA EJERCICIO Sí No

Otro (especificar) _____

Cuantas veces a las semana

En caso de decir que sí, ¿Qué deporte practicas?

Correr Pesas Spinnig Natación

6 días 5 días 4 días 2 días 1 día

ENFERMEDADES CRÓNICAS

Diabetes Cáncer Epilepsia Enfermedades del Corazón Hipertensión VIH

Asma Hepatitis Herpes Hemofilia

¿Actualmente tomas algún medicamento? _____

Otro (especificar) _____

ENFERMEDADES DE LA PIEL

Cáncer de piel Eczema Psoriasis Acné Dermatitis Atópica Alopecia

Urticaria Dermatitis Seborreica Hiperidrosis Vitiligo

Otro (especificar) _____

Alergias _____

Embarazo o Lactancia _____

¿Actualmente tomas algún medicamento? _____

Cirugías _____

Todos los datos mencionados anteriormente son correctos

ATENTAMENTE