



Tel: +34 938 10 22 50
info@eyecos.eu
<https://eyecos.eu/>
08008 Barcelona, España

HISTORIA CLINICA

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos: _____
Fecha de Nacimiento: ____/____/____ DNI: _____
Dirección: _____ CP: _____
Municipio: _____ País: _____
E-mail: _____ Nº de teléfono: _____
Profesión: _____
Sexo: _____

DATOS DEL PROFESIONAL

Nombre y Apellidos: _____
Centro: _____

INFORMACION GENERAL SOBRE EL ESTILO DE VIDA DEL PACIENTE

Tabaco: No Si Ex fumador
Alcohol: Nada Ocasional Fin de semana Diario
Act. Física: Nada Esporádica Regularmente
Sigue algún tipo de dieta especial No Si Cual _____

SOLO MUJERES:

¿Estas embarazada o dando pecho? No Si
Fecha del último periodo menstrual: ____/____/____



ANTECEDENTES MEDICOS

Padece de alguna enfermedad: No Si Cuales: _____

Alergias a medicamentos: No Si Cuales: _____

Medicación actual: No Si Cuales: _____

Alergias a productos anestésicos (Lidocaína): No Si Cuales: _____

Lesiones de piel: No Si Cuales: _____

Otros: _____

HISTORIAL DEL TRATAMIENTO ESTETICO

Inyección con productos permanentes o semipermanentes: No Si

Fecha: ___/___/___ Áreas: _____ Nombre: _____

Inyección de rellenos: No Si

Fecha: ___/___/___ Áreas: _____ Nombre: _____

Inyección de toxina botulínica: No Si

Fecha: ___/___/___ Áreas: _____ Nombre: _____

Tratamiento revitalizante de la piel mediante mesoterapia: No Si

Fecha: ___/___/___ Áreas: _____ Nombre: _____

Tratamiento revitalizante de la piel mediante Peelings químicos: No Si

Fecha: ___/___/___ Áreas: _____ Nombre: _____



Tratamiento con láser: No Si

Fecha: ____/____/____ Áreas: _____ Nombre: _____

Procedimientos de cirugía estética: No Si

Fecha: ____/____/____ Áreas: _____ Nombre: _____

EXAMEN FISICO

Piel:

Acné Cicatrices Manchas Rosácea Telangiectasia

Otras: _____

Foto-tipo (C. Fitzpatrick)

F-Tipo I F-Tipo II F-Tipo III F-Tipo IV F-Tipo V F-Tipo VI

Grado de foto-envejecimiento (C. Glogau)

Tipo I Tipo II Tipo III Tipo IV

Otras: _____

FECHA

FIRMA PACIENTE

FIRMA MEDICO



PRESUPUESTO DE SOLUCIONES ESTETICAS

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ DNI: _____

Dirección: _____ CP: _____

Municipio: _____ País: _____

E-mail: _____ Nº de teléfono: _____

Profesión: _____

Sexo: _____

DATOS DEL PROFESIONAL

Nombre y Apellidos: _____

Centro: _____

DATOS DEL SERVICIO

| CODIGO | DESCRIPCION DEL TRATAMIENTO | P.V.P. (IVA INCL) |
|--------|-----------------------------|-------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| | |
|----------------------|--|
| PRESUPUESTO FINAL | |
|----------------------|--|

FECHA

FIRMA PACIENTE

FIRMA MEDICO



Tel: +34 938 10 22 50
info@eyecos.eu
<https://eyecos.eu/>
08008 Barcelona, España

HISTORIA CLINICA

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ DNI: _____

Dirección: _____ CP: _____

Municipio: _____ País: _____

E-mail: _____ Nº de teléfono: _____

Profesión: _____

Sexo: _____

DATOS DEL PROFESIONAL

Nombre y Apellidos: _____

Centro: _____

INFORMACION GENERAL SOBRE EL ESTILO DE VIDA DEL PACIENTE

Tabaco: No Si Ex fumador

Alcohol: Nada Ocasional Fin de semana Diario

Act. Física: Nada Esporádica Regularmente

Sigue algún tipo de dieta especial No Si Cual _____

SOLO MUJERES:

¿Estas embarazada o dando pecho? No Si

Fecha del último periodo menstrual: ____/____/____



ANTECEDENTES MEDICOS

Padece de alguna enfermedad: No Si Cuales: _____

Alergias a medicamentos: No Si Cuales: _____

Medicación actual: No Si Cuales: _____

Alergias a productos anestésicos (Lidocaína): No Si Cuales: _____

Lesiones de piel: No Si Cuales: _____

Otros: _____

HISTORIAL DEL TRATAMIENTO ESTETICO

Inyección con productos permanentes o semipermanentes: No Si

Fecha: ___/___/___ Áreas: _____ Nombre: _____

Inyección de rellenos: No Si

Fecha: ___/___/___ Áreas: _____ Nombre: _____

Inyección de toxina botulínica: No Si

Fecha: ___/___/___ Áreas: _____ Nombre: _____

Tratamiento revitalizante de la piel mediante mesoterapia: No Si

Fecha: ___/___/___ Áreas: _____ Nombre: _____

Tratamiento revitalizante de la piel mediante Peelings químicos: No Si

Fecha: ___/___/___ Áreas: _____ Nombre: _____



Tratamiento con láser: No Si

Fecha: ___/___/___ Áreas: _____ Nombre: _____

Procedimientos de cirugía estética: No Si

Fecha: ___/___/___ Áreas: _____ Nombre: _____

EXAMEN FISICO

Piel:

Acné Cicatrices Manchas Rosácea Telangiectasia

Otras: _____

Foto-tipo (C. Fitzpatrick)

F-Tipo I F-Tipo II F-Tipo III F-Tipo IV F-Tipo V F-Tipo VI

Grado de foto-envejecimiento (C. Glogau)

Tipo I Tipo II Tipo III Tipo IV

Otras: _____

FECHA

FIRMA PACIENTE

FIRMA MEDICO



PRESUPUESTO DE SOLUCIONES ESTETICAS

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ DNI: _____

Dirección: _____ CP: _____

Municipio: _____ País: _____

E-mail: _____ Nº de teléfono: _____

Profesión: _____

Sexo: _____

DATOS DEL PROFESIONAL

Nombre y Apellidos: _____

Centro: _____

DATOS DEL SERVICIO

| CODIGO | DESCRIPCION DEL TRATAMIENTO | P.V.P. (IVA INCL) |
|--------|-----------------------------|-------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| | |
|----------------------|--|
| PRESUPUESTO FINAL | |
|----------------------|--|

FECHA

FIRMA PACIENTE

FIRMA MEDICO



HISTORIA CLINICA

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ DNI: _____

Dirección: _____ CP: _____

Municipio: _____ País: _____

E-mail: _____ Nº de teléfono: _____

Profesión: _____

Sexo: _____

DATOS DEL PROFESIONAL

Nombre y Apellidos: _____

Centro: _____

INFORMACION GENERAL SOBRE EL ESTILO DE VIDA DEL PACIENTE

Tabaco: No Si Ex fumador

Alcohol: Nada Ocasional Fin de semana Diario

Act. Física: Nada Esporádica Regularmente

Sigue algún tipo de dieta especial No Si Cual _____

SOLO MUJERES:

¿Estas embarazada o dando pecho? No Si

Fecha del último periodo menstrual: ____/____/____



ANTECEDENTES MEDICOS

Padece de alguna enfermedad: No Si Cuales: _____

Alergias a medicamentos: No Si Cuales: _____

Medicación actual: No Si Cuales: _____

Alergias a productos anestésicos (Lidocaína): No Si Cuales: _____

Lesiones de piel: No Si Cuales: _____

Otros: _____

HISTORIAL DEL TRATAMIENTO ESTETICO

Inyección con productos permanentes o semipermanentes: No Si

Fecha: ____/____/____ Áreas: _____ Nombre: _____

Inyección de rellenos: No Si

Fecha: ____/____/____ Áreas: _____ Nombre: _____

Inyección de toxina botulínica: No Si

Fecha: ____/____/____ Áreas: _____ Nombre: _____

Tratamiento revitalizante de la piel mediante mesoterapia: No Si

Fecha: ____/____/____ Áreas: _____ Nombre: _____

Tratamiento revitalizante de la piel mediante Peelings químicos: No Si

Fecha: ____/____/____ Áreas: _____ Nombre: _____



Tratamiento con láser: No Si

Fecha: ___/___/___ Áreas: _____ Nombre: _____

Procedimientos de cirugía estética: No Si

Fecha: ___/___/___ Áreas: _____ Nombre: _____

EXAMEN FISICO

Piel:

Acné Cicatrices Manchas Rosácea Telangiectasia

Otras: _____

Foto-tipo (C. Fitzpatrick)

F-Tipo I F-Tipo II F-Tipo III F-Tipo IV F-Tipo V F-Tipo VI

Grado de foto-envejecimiento (C. Glogau)

Tipo I Tipo II Tipo III Tipo IV

Otras: _____

FECHA

FIRMA PACIENTE

FIRMA MEDICO



PRESUPUESTO DE SOLUCIONES ESTETICAS

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ DNI: _____

Dirección: _____ CP: _____

Municipio: _____ País: _____

E-mail: _____ Nº de teléfono: _____

Profesión: _____

Sexo: _____

DATOS DEL PROFESIONAL

Nombre y Apellidos: _____

Centro: _____

DATOS DEL SERVICIO

| CODIGO | DESCRIPCION DEL TRATAMIENTO | P.V.P. (IVA INCL) |
|--------|-----------------------------|-------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| | |
|----------------------|--|
| PRESUPUESTO FINAL | |
|----------------------|--|

FECHA

FIRMA PACIENTE

FIRMA MEDICO



HISTORIA CLINICA

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ DNI: _____

Dirección: _____ CP: _____

Municipio: _____ País: _____

E-mail: _____ Nº de teléfono: _____

Profesión: _____

Sexo: _____

DATOS DEL PROFESIONAL

Nombre y Apellidos: _____

Centro: _____

INFORMACION GENERAL SOBRE EL ESTILO DE VIDA DEL PACIENTE

Tabaco: No Si Ex fumador

Alcohol: Nada Ocasional Fin de semana Diario

Act. Física: Nada Esporádica Regularmente

Sigue algún tipo de dieta especial No Si Cual _____

SOLO MUJERES:

¿Estas embarazada o dando pecho? No Si

Fecha del último periodo menstrual: ____/____/____



ANTECEDENTES MEDICOS

Padece de alguna enfermedad: No Si Cuales: _____

Alergias a medicamentos: No Si Cuales: _____

Medicación actual: No Si Cuales: _____

Alergias a productos anestésicos (Lidocaína): No Si Cuales: _____

Lesiones de piel: No Si Cuales: _____

Otros: _____

HISTORIAL DEL TRATAMIENTO ESTETICO

Inyección con productos permanentes o semipermanentes: No Si

Fecha: ____/____/____ Áreas: _____ Nombre: _____

Inyección de rellenos: No Si

Fecha: ____/____/____ Áreas: _____ Nombre: _____

Inyección de toxina botulínica: No Si

Fecha: ____/____/____ Áreas: _____ Nombre: _____

Tratamiento revitalizante de la piel mediante mesoterapia: No Si

Fecha: ____/____/____ Áreas: _____ Nombre: _____

Tratamiento revitalizante de la piel mediante Peelings químicos: No Si

Fecha: ____/____/____ Áreas: _____ Nombre: _____



Tratamiento con láser: No Si

Fecha: ___/___/___ Áreas: _____ Nombre: _____

Procedimientos de cirugía estética: No Si

Fecha: ___/___/___ Áreas: _____ Nombre: _____

EXAMEN FISICO

Piel:

Acné Cicatrices Manchas Rosácea Telangiectasia

Otras: _____

Foto-tipo (C. Fitzpatrick)

F-Tipo I F-Tipo II F-Tipo III F-Tipo IV F-Tipo V F-Tipo VI

Grado de foto-envejecimiento (C. Glogau)

Tipo I Tipo II Tipo III Tipo IV

Otras: _____

FECHA

FIRMA PACIENTE

FIRMA MEDICO



PRESUPUESTO DE SOLUCIONES ESTETICAS

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ DNI: _____

Dirección: _____ CP: _____

Municipio: _____ País: _____

E-mail: _____ Nº de teléfono: _____

Profesión: _____

Sexo: _____

DATOS DEL PROFESIONAL

Nombre y Apellidos: _____

Centro: _____

DATOS DEL SERVICIO

| CODIGO | DESCRIPCION DEL TRATAMIENTO | P.V.P. (IVA INCL) |
|--------|-----------------------------|-------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| | |
|----------------------|--|
| PRESUPUESTO FINAL | |
|----------------------|--|

FECHA

FIRMA PACIENTE

FIRMA MEDICO



HISTORIA CLINICA

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ DNI: _____

Dirección: _____ CP: _____

Municipio: _____ País: _____

E-mail: _____ Nº de teléfono: _____

Profesión: _____

Sexo: _____

DATOS DEL PROFESIONAL

Nombre y Apellidos: _____

Centro: _____

INFORMACION GENERAL SOBRE EL ESTILO DE VIDA DEL PACIENTE

Tabaco: No Si Ex fumador

Alcohol: Nada Ocasional Fin de semana Diario

Act. Física: Nada Esporádica Regularmente

Sigue algún tipo de dieta especial No Si Cual _____

SOLO MUJERES:

¿Estas embarazada o dando pecho? No Si

Fecha del último periodo menstrual: ____/____/____



ANTECEDENTES MEDICOS

Padece de alguna enfermedad: No Si Cuales: _____

Alergias a medicamentos: No Si Cuales: _____

Medicación actual: No Si Cuales: _____

Alergias a productos anestésicos (Lidocaína): No Si Cuales: _____

Lesiones de piel: No Si Cuales: _____

Otros: _____

HISTORIAL DEL TRATAMIENTO ESTETICO

Inyección con productos permanentes o semipermanentes: No Si

Fecha: ____/____/____ Áreas: _____ Nombre: _____

Inyección de rellenos: No Si

Fecha: ____/____/____ Áreas: _____ Nombre: _____

Inyección de toxina botulínica: No Si

Fecha: ____/____/____ Áreas: _____ Nombre: _____

Tratamiento revitalizante de la piel mediante mesoterapia: No Si

Fecha: ____/____/____ Áreas: _____ Nombre: _____

Tratamiento revitalizante de la piel mediante Peelings químicos: No Si

Fecha: ____/____/____ Áreas: _____ Nombre: _____



Tratamiento con láser: No Si

Fecha: ___/___/___ Áreas: _____ Nombre: _____

Procedimientos de cirugía estética: No Si

Fecha: ___/___/___ Áreas: _____ Nombre: _____

EXAMEN FISICO

Piel:

Acné Cicatrices Manchas Rosácea Telangiectasia

Otras: _____

Foto-tipo (C. Fitzpatrick)

F-Tipo I F-Tipo II F-Tipo III F-Tipo IV F-Tipo V F-Tipo VI

Grado de foto-envejecimiento (C. Glogau)

Tipo I Tipo II Tipo III Tipo IV

Otras: _____

FECHA

FIRMA PACIENTE

FIRMA MEDICO



PRESUPUESTO DE SOLUCIONES ESTETICAS

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ DNI: _____

Dirección: _____ CP: _____

Municipio: _____ País: _____

E-mail: _____ Nº de teléfono: _____

Profesión: _____

Sexo: _____

DATOS DEL PROFESIONAL

Nombre y Apellidos: _____

Centro: _____

DATOS DEL SERVICIO

| CODIGO | DESCRIPCION DEL TRATAMIENTO | P.V.P. (IVA INCL) |
|--------|-----------------------------|-------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| | |
|----------------------|--|
| PRESUPUESTO FINAL | |
|----------------------|--|

FECHA

FIRMA PACIENTE

FIRMA MEDICO



HISTORIA CLINICA

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ DNI: _____

Dirección: _____ CP: _____

Municipio: _____ País: _____

E-mail: _____ Nº de teléfono: _____

Profesión: _____

Sexo: _____

DATOS DEL PROFESIONAL

Nombre y Apellidos: _____

Centro: _____

INFORMACION GENERAL SOBRE EL ESTILO DE VIDA DEL PACIENTE

Tabaco: No Si Ex fumador

Alcohol: Nada Ocasional Fin de semana Diario

Act. Física: Nada Esporádica Regularmente

Sigue algún tipo de dieta especial No Si Cual _____

SOLO MUJERES:

¿Estas embarazada o dando pecho? No Si

Fecha del último periodo menstrual: ____/____/____



ANTECEDENTES MEDICOS

Padece de alguna enfermedad: No Si Cuales: _____

Alergias a medicamentos: No Si Cuales: _____

Medicación actual: No Si Cuales: _____

Alergias a productos anestésicos (Lidocaína): No Si Cuales: _____

Lesiones de piel: No Si Cuales: _____

Otros: _____

HISTORIAL DEL TRATAMIENTO ESTETICO

Inyección con productos permanentes o semipermanentes: No Si

Fecha: ____/____/____ Áreas: _____ Nombre: _____

Inyección de rellenos: No Si

Fecha: ____/____/____ Áreas: _____ Nombre: _____

Inyección de toxina botulínica: No Si

Fecha: ____/____/____ Áreas: _____ Nombre: _____

Tratamiento revitalizante de la piel mediante mesoterapia: No Si

Fecha: ____/____/____ Áreas: _____ Nombre: _____

Tratamiento revitalizante de la piel mediante Peelings químicos: No Si

Fecha: ____/____/____ Áreas: _____ Nombre: _____



Tratamiento con láser: No Si

Fecha: ___/___/___ Áreas: _____ Nombre: _____

Procedimientos de cirugía estética: No Si

Fecha: ___/___/___ Áreas: _____ Nombre: _____

EXAMEN FISICO

Piel:

Acné Cicatrices Manchas Rosácea Telangiectasia

Otras: _____

Foto-tipo (C. Fitzpatrick)

F-Tipo I F-Tipo II F-Tipo III F-Tipo IV F-Tipo V F-Tipo VI

Grado de foto-envejecimiento (C. Glogau)

Tipo I Tipo II Tipo III Tipo IV

Otras: _____

FECHA

FIRMA PACIENTE

FIRMA MEDICO



PRESUPUESTO DE SOLUCIONES ESTETICAS

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ DNI: _____

Dirección: _____ CP: _____

Municipio: _____ País: _____

E-mail: _____ Nº de teléfono: _____

Profesión: _____

Sexo: _____

DATOS DEL PROFESIONAL

Nombre y Apellidos: _____

Centro: _____

DATOS DEL SERVICIO

| CODIGO | DESCRIPCION DEL TRATAMIENTO | P.V.P. (IVA INCL) |
|--------|-----------------------------|-------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| | |
|----------------------|--|
| PRESUPUESTO FINAL | |
|----------------------|--|

FECHA

FIRMA PACIENTE

FIRMA MEDICO