

Ficha estética - Corporal

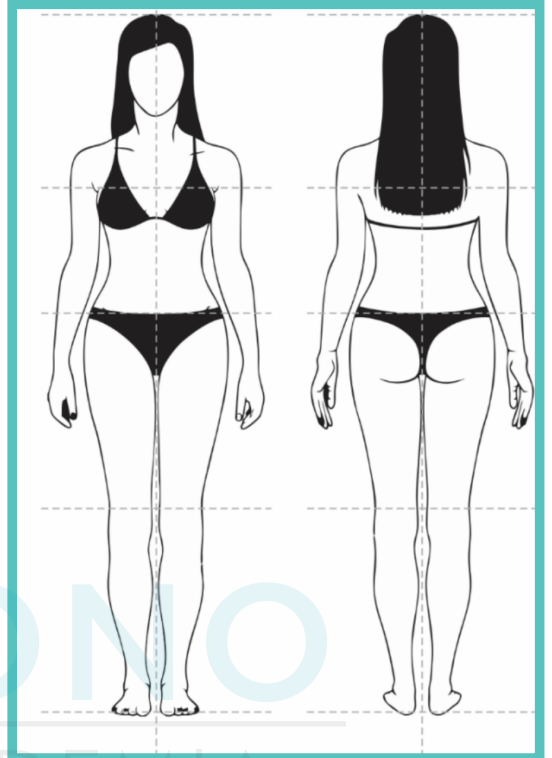
Información de contacto

DNI	Fecha de nacimiento	Teléfono
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección	Correo electrónico	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Datos clínicos

Enf. Cardíacas	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Enf. Renales	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Enf. Circulatorias	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Enf. Pulmonares	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Enf. Digestivas	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Enf. Hematológicas	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Enf. Endócrinas	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Enf. Neurológicas	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Problemas de presión	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Alergias	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Problemas en la piel	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Sufre convulsiones	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Tabaco	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Alcohol	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Embarazo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Observaciones



Aclaraciones

Medidas

	Inicio	Medio	Final
Cintura	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Busto	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cadera	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Abdomen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Brazo izquierdo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Brazo derecho	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Muslo izquierdo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pantorrilla derecha	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pantorrilla izquierda	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Diagnóstico y tratamiento

Presupuesto

Aceptación / Firma

Sesiones programadas

Sesión 1 Fecha	Sesión 2 Fecha	Sesión 3 Fecha	Sesión 4 Fecha	Sesión 5 Fecha	Sesión 6 Fecha	Sesión 7 Fecha
-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------