

DATOS DEL PACIENTE

Paciente _____ DNI _____
 Fecha Nacimiento _____ Medicación _____
 Teléfono _____ Mail _____

Fototipo*



Color

Rubio

Castaño

Negro

Características del pelo

Grueso

Fino

Residual

Zona de Tratamiento 1				Modo dinámico				
Nº Sesión	Fecha	Modo		Modo estático			Tiempo min:seg	Nº Disparos
		ST	DN	Fototipo I al VI	Fluencia J/cm ²	Frecuencia (Hz) 1 al 15		
Sesión 1								
Sesión 2								
Sesión 3								
Sesión 4								
Sesión 5								
Sesión 6								
Sesión 7								
Repaso 1								
Repaso 2								

Observaciones: _____

Fototipo*



Color

Rubio

Castaño

Negro

Características del pelo

Grueso

Fino

Residual

Zona de Tratamiento 1				Modo dinámico				
Nº Sesión	Fecha	Modo		Modo estático			Tiempo min:seg	Nº Disparos
		ST	DN	Fototipo I al VI	Fluencia J/cm ²	Frecuencia (Hz) 1 al 15		
Sesión 1								
Sesión 2								
Sesión 3								
Sesión 4								
Sesión 5								
Sesión 6								
Sesión 7								
Repaso 1								
Repaso 2								

Observaciones: _____

