

# HISTORIA CLÍNICA, MEDICINA ESTÉTICA

**Centro:** [CENTRO], Unidad asistencial **U.48 Medicina Estética N° de autorización sanitaria de funcionamiento:** [N° AUTORIZACIÓN U.48] **Médica responsable:** Dra. [NOMBRE] · N° de colegiada **[N° COLEGIADA]** · Colegio Oficial de Médicos de [PROVINCIA]

**Documento clínico confidencial (dato de salud, categoría especial, art. 9 RGPD).** Custodia bajo control de acceso y cifrado. Conservación conforme a la normativa de historia clínica (Ley 41/2002, art. 17) y al Registro de Actividades de Tratamiento del centro. La historia clínica es, además del instrumento asistencial, la **prueba** de la información dada y de la técnica empleada: se cumplimenta en el acto, no a posteriori.

---

## 1. Datos identificativos del/de la paciente

Campo	Dato
Nombre y apellidos	[NOMBRE]
DNI / NIE / Pasaporte	[DNI]
Fecha de nacimiento / Edad	[FECHA] / [___] años
Domicilio	[___]
Teléfono / Correo	[___]
Fecha de apertura de historia	[FECHA]
N° de historia	[___]

En caso de persona menor de edad o con capacidad modificada: representante legal [NOMBRE], DNI [DNI], relación [\_\_\_]. (Ley 41/2002, art. 9).

---

## 2. Motivo de consulta y expectativas del/de la paciente

- **Qué le preocupa / qué desea mejorar (en sus palabras):** [\_\_\_]
  - **Expectativa expresada:** [\_\_\_]
  - **Valoración de la expectativa por la facultativa:**  realista  parcialmente ajustable  no alcanzable con estos medios → *se informa y se registra la explicación dada.*
  - **Presión temporal / evento próximo:**  no  sí → [\_\_\_]
-

### 3. Antecedentes personales (anamnesis dirigida)

Marcar y detallar lo positivo. Un antecedente no registrado que luego aparece juega en contra del/de la facultativa.

Área	No	Sí — detalle
Cardiovascular (HTA, arritmia, cardiopatía)	<input type="checkbox"/>	[ ]
Enfermedad <b>neuromuscular</b> (miastenia gravis, Eaton-Lambert, ELA)	<input type="checkbox"/>	[ ]
Autoinmune / inflamatoria (LES, artritis, sarcoidosis, tiroiditis)	<input type="checkbox"/>	[ ]
Endocrino-metabólico (diabetes, tiroides)	<input type="checkbox"/>	[ ]
Dermatológico (dermatitis, rosácea, psoriasis, melasma, acné activo)	<input type="checkbox"/>	[ ]
<b>Trastornos de la coagulación</b> / sangrado fácil	<input type="checkbox"/>	[ ]
Oncológico (activo o en seguimiento)	<input type="checkbox"/>	[ ]
Infeccioso relevante (VHB, VHC, VIH)	<input type="checkbox"/>	[ ]
<b>Herpes labial/facial de repetición</b>	<input type="checkbox"/>	[ ]
<b>Tendencia a queloides o cicatrización patológica</b>	<input type="checkbox"/>	[ ]
Neurológico / epilepsia	<input type="checkbox"/>	[ ]
Renal / hepático	<input type="checkbox"/>	[ ]
Trastorno de la conducta alimentaria o dismorfofobia	<input type="checkbox"/>	[ ]
Cirugías previas	<input type="checkbox"/>	[ ]

**Antecedentes estéticos previos** (crítico para rellenos e hilos, riesgo de biofilm, reacción a material previo, planificación): - Toxina botulínica:  no  sí, última fecha [FECHA], zona

[ZONA] - Ácido hialurónico u otros rellenos:  no  sí, **producto** [PRODUCTO], zona [ZONA], fecha [FECHA] · ¿retirado con hialuronidasa? [\_\_\_] - **Rellenos permanentes / semipermanentes** (silicona, PMMA, poliacrilamida):  no  sí → [\_\_\_] (*contraindica o condiciona múltiples tratamientos; documentar siempre*) - Hilos tensores:  no  sí, [\_\_\_] - Peelings / láser / otros: [\_\_\_]

---

#### 4. Alergias e intolerancias

- Medicamentos:  no conocidas  sí → [\_\_\_]
  - **Anestésicos locales / lidocaína** (presente en muchos rellenos):  no  sí → [\_\_\_]
  - Látex:  no  sí
  - **Hialuronidasa / proteínas (himenópteros, veneno de abeja)**:  no  sí → *relevante ante necesidad de antídoto en rellenos.*
  - Cosméticos / metales / otros: [\_\_\_]
- 

#### 5. Medicación habitual y hábitos

**Fármacos actuales** (dosis y pauta): [\_\_\_] Señalar en particular: - **Anticoagulantes / antiagregantes** (acenocumarol, DOAC, AAS, clopidogrel):  no  sí → [\_\_\_] - **Isotretinoína** (actual o en los últimos 6-12 meses):  no  sí → [FECHA fin] (*condiciona peeling medio/profundo, láser ablativo, hilos*). - **Inmunosupresores / corticoides**:  no  sí - **Aminoglucósidos** u otros que potencien el bloqueo neuromuscular:  no  sí (*interacción con toxina botulínica*). - Suplementos/fitoterapia con efecto sobre la coagulación (Ginkgo, ajo, vit. E, omega-3): [\_\_\_]

**Hábitos:** Tabaco  no  sí ([\_\_\_] cig/día) · Alcohol [\_\_\_] · Exposición solar / UVA reciente  no  sí · Deporte de impacto [\_\_\_]

**Situación reproductiva:**  no gestante  **embarazo** (FUR [FECHA])  **lactancia**  deseo gestacional próximo > El embarazo y la lactancia **contraindican** toxina botulínica, rellenos, mesoterapia, peelings medios/profundos y la mayoría de la aparatología. Verificar y anotar en **cada** sesión.

**Fototipo de Fitzpatrick:**  I  II  III  IV  V  VI (*a mayor fototipo, mayor riesgo de hiperpigmentación en peeling y láser*).

---

#### 6. Exploración y diagnóstico estético

**Exploración por zonas** (simetrías, tono, flacidez, surcos, arrugas dinámicas/estáticas, lesiones cutáneas, calidad de piel, fotoenvejecimiento, escala de Glogau [\_\_\_]): [\_\_\_]

**Registro fotográfico basal realizado:**  sí (ver Ficha 01)  no, motivo [\_\_\_]

**Diagnóstico estético:** [\_\_\_]

**Contraindicaciones detectadas / cautelas:** [ ]

---

## 7. Plan terapéutico propuesto

Prioridad	Procedimiento	Zona	Nº sesiones previstas	Consentimiento específico firmado
1	[ ]	[ZONA]	[ ]	<input type="checkbox"/> CI nº [ ]
2	[ ]	[ZONA]	[ ]	<input type="checkbox"/> CI nº [ ]

- **Alternativas informadas (incluida la de no tratarse):** [ ]
  - **Se entrega el/los consentimiento(s) informado(s) específico(s) con antelación suficiente para su lectura y reflexión.** Fecha de entrega: [FECHA].
- 

## 8. Finalidad del acto y régimen fiscal (IVA)

A cumplimentar por acto, porque determina la facturación:

	<input type="checkbox"/> Finalidad <b>terapéutica</b> (diagnóstico, prevención o tratamiento de enfermedad — <b>exento de IVA</b> , art. 20.Uno.3º LIVA)	<input type="checkbox"/> Finalidad <b>estética</b> pura ( <b>sujepto a IVA 21 %</b> )	Justificación clínica de la finalidad terapéutica
Acto	[ ]	<input type="checkbox"/>	[ ]

La finalidad terapéutica que ampara la exención debe estar **documentada** en esta historia (diagnóstico, indicación). Marcar “terapéutico” sin sustento clínico es el error fiscal típico del sector y expone a regularización y sanción.

---

## 9. Registro por sesión (trazabilidad, cumplimentar SIEMPRE)

El **lote y la caducidad** de cada producto (medicamento biológico o producto sanitario) deben constar por paciente y sesión. Sin este dato, ante una reclamación o una alerta de farmacovigilancia, no hay trazabilidad y la carga probatoria recae sobre la facultativa.

Sesión 1, Fecha: [FECHA]

- Procedimiento / técnica: [ ]
- **Producto (nombre comercial):** [PRODUCTO]
- **Lote:** [LOTE] · **Caducidad:** [CADUCIDAD]

- Dosis / volumen / n° de unidades: [\_\_\_\_]
- **Zona(s) tratada(s):** [ZONA]
- Anestesia / crema tópica empleada (lote): [\_\_\_\_]
- Parámetros de aparatología (si aplica: longitud de onda, fluencia, spot, pulso): [\_\_\_\_]
- Fotografía pre/post realizada:  sí  no
- **Incidencias intra/postprocedimiento:**  ninguna  [\_\_\_\_]
- Recomendaciones y próxima cita: [\_\_\_\_]
- Profesional que realiza el acto: **Dra. [NOMBRE]** (colegiada [N° COLEGIADA]), *el acto médico lo realiza la médica; enfermería solo bajo prescripción, protocolo y dirección; el personal auxiliar no infiltra.*
- Firma: \_\_\_\_\_

Sesión 2, Fecha: [FECHA]

(replicar el bloque anterior)

Sesión 3, Fecha: [FECHA]

(replicar el bloque anterior)

## 10. Evolución y seguimiento

Fecha	Evolución / resultado observado	Efectos adversos	Actuación	Firma
[FECHA]	[____]	[____]	[____]	

**Complicaciones y su manejo** (registrar con detalle hora, signos, tratamiento aplicado y derivación si procede, en especial ante sospecha de **oclusión vascular** por relleno: ver protocolo de hialuronidasa): [\_\_\_\_]

## 11. Declaración de veracidad

El/la paciente declara que los datos de salud aportados son **veraces y completos** y se compromete a comunicar cualquier cambio (medicación, embarazo, enfermedad) antes de cada sesión. La omisión de datos relevantes puede alterar el riesgo del tratamiento.

Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: [FECHA] Médica: Dra. [NOMBRE] (colegiada [N° COLEGIADA]) Fecha: [FECHA]