

Beauty Blonde

CIENCIA CON ARTE

FICHA DE ANAMNESIS TRICOLÓGICA

Completar con letra clara antes de la consulta · Información estrictamente confidencial

DATOS PERSONALES

Nombre y apellido:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Género:

Teléfono / WhatsApp:

E-mail:

Ocupación / profesión:

Fecha de consulta:

1. MOTIVO DE CONSULTA PRINCIPAL

¿Cuál es tu principal preocupación capilar?

☐ Caída excesiva

☐ Falta de densidad / volumen

☐ Seborrea / cuero cabelludo graso

☐ Caspa / descamación

☐ Cuero cabelludo irritado / sensible

☐ Cabello seco / quebradizo / poroso

☐ Cabello sin brillo / sin vida

☐ Canas prematuras

☐ Otro:

Describe el problema con tus palabras:

¿El problema apareció de forma:

☐ Gradual (lenta) ☐ Repentina (de golpe) ☐ Cíclica (va y viene)

¿Desde cuándo notás este problema? ¿Podés precisar el mes/año aproximado?

¿Ya realizaste algún tratamiento para esto?

☐ No ☐ Sí — ¿cuál?:

Tratamiento realizado y resultados obtenidos:

2. HISTORIAL CAPILAR

Tipo de cabello:

☐ Liso ☐ Ondulado ☐ Rizado ☐ Muy rizado / afro

Textura:

☐ Fino / débil ☐ Normal ☐ Grueso / resistente

Cuero cabelludo:

☐ Graso ☐ Normal ☐ Seco ☐ Mixto (raíz grasa + puntas secas) ☐ Sensible

¿Cuánto cabello perdés por día aproximadamente?

☐ Menos de 50 cabellos ☐ 50–100 (rango normal) ☐ 100–150 cabellos ☐ Más de 150 cabellos ☐ No sé / no lo mido

¿Notás zonas con menor densidad o calvicie?

☐ No ☐ Corona / vertex (parte superior) ☐ Entradas / zona frontal ☐ Pérdida difusa (todo el cuero cabelludo) ☐ Parches redondos (posible alopecia areata)

Antecedentes familiares de alopecia o calvicie:

☐ No ☐ Sí — lado materno ☐ Sí — lado paterno ☐ Ambos lados ☐ No sé

¿Hubo algún evento que coincidió con el inicio de la caída o cambio del cuero cabelludo? (parto, operación, medicamento nuevo, dieta, enfermedad, estrés intenso, trauma):

3. RUTINA DE CUIDADO CAPILAR

¿Con qué frecuencia lavás el cabello?

☐ Todos los días ☐ Cada 2 días ☐ 2–3 veces por semana ☐ 1 vez por semana o menos

Champú que usás actualmente (marca y tipo):

Acondicionador / máscaras / serums / leave-in (marcas):

Uso de calor:

☐ No uso ☐ Secador (frecuente) ☐ Planchita (frecuente) ☐ Rizador / difusor ☐ Varias herramientas diariamente

¿Usás protector térmico?

☐ Siempre ☐ A veces ☐ Nunca

Procesos químicos actuales:

☐ Ninguno ☐ Coloración con amoníaco ☐ Decoloración / mechas ☐ Coloración sin amoníaco ☐ Alisado / keratina ☐ Permanente / rizado

Frecuencia de los procesos químicos / tiempo en el cabello:

4. SALUD GENERAL Y ANTECEDENTES MÉDICOS

¿Tenés diagnóstico de alguna de las siguientes enfermedades o condiciones?

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Hipotiroidismo | ☐ Hipertiroidismo | ☐ Tiroiditis de Hashimoto |
| ☐ Diabetes tipo 1 o 2 | ☐ Insulinorresistencia / prediabetes | ☐ SOP (síndrome de ovario poliquístico) |
| ☐ Anemia ferropénica | ☐ Déficit de vitamina D | ☐ Déficit de vitamina B12 |
| ☐ Lupus eritematoso | ☐ Artritis reumatoidea | ☐ Enfermedad de Crohn / colitis ulcerosa |
| ☐ Psoriasis | ☐ Dermatitis seborreica | ☐ Alopecia areata |
| ☐ Alopecia androgénica diagnosticada | ☐ Fibromialgia / fatiga crónica | ☐ Enfermedad celiaca |
| ☐ Ninguna de las anteriores | | |

Marcá todas las que apliquen

Otras enfermedades, condiciones o diagnósticos no listados arriba:

¿Tenés o tuviste alguna enfermedad autoinmune?

☐ No ☐ Sí — ¿cuál?:

Detallá:

¿Tenés diagnóstico o sospecha de condición inflamatoria crónica?

☐ No ☐ Sí — inflamación sistémica ☐ Sí — inflamación intestinal ☐ Sí — inflamación articular ☐ En estudio / sin diagnóstico definido

¿Tuviste alguna cirugía o internación en los últimos 2 años?

☐ No ☐ Sí — ¿cuál?: ☐ Hace menos de 6 meses ☐ Hace 6–12 meses ☐ Hace 1–2 años

Especificá la cirugía / procedimiento:

¿Tuviste alguna infección grave, COVID-19 o enfermedad prolongada?

☐ No ☐ COVID-19 — ¿cuándo?: ☐ Infección grave (otra) ☐ Enfermedad prolongada sin diagnóstico

¿Qué medicamentos tomás actualmente? (incluir dosis si la sabés):

Incluí: levotiroxina, anticonceptivos, antidepresivos, corticoides, antihipertensivos, etc.

¿Qué suplementos tomás actualmente? (incluir dosis):

Ej: hierro, biotina, zinc, vitamina D, B12, colágeno, omega 3, inositol, magnesio, etc.

¿Tomás o tomaste corticoides en el último año?

☐ No ☐ Sí — orales ☐ Sí — inyectables ☐ Sí — tópicos en cuero cabelludo

¿Estás en tratamiento con quimioterapia o radioterapia, o lo estuviste?

☐ No ☐ Sí, actualmente ☐ Sí, en el pasado — ¿cuándo?:

¿Realizaste análisis de sangre en el último año?

☐ No ☐ Sí — hemograma completo ☐ Sí — perfil tiroideo ☐ Sí — ferritina / hierro ☐ Sí — perfil hormonal ☐ Sí — vitaminas (D, B12) ☐ Sí — perfil metabólico

Resultados relevantes o fuera de rango (si los recordás):

¿Tenés médico de cabecera o especialista que te esté tratando actualmente?

☐ No ☐ Médico clínico ☐ Endocrinólogo/a ☐ Dermatólogo/a ☐ Ginecólogo/a ☐ Otro:

5. SALUD HORMONAL Y REPRODUCTIVA

Estado hormonal actual:

☐ Ciclo menstrual regular ☐ Ciclo irregular / amenorrea ☐ Menopausia ☐ Perimenopausia / transición ☐ Postparto (menos de 12 meses) ☐ Postparto (más de 12 meses) ☐ Anticoncepción hormonal (pastillas / DIU / inyectable) ☐ TRH / terapia hormonal sustitutiva

¿Notaste caída o cambios capilares relacionados con:

☐ El ciclo menstrual ☐ Un embarazo / postparto ☐ Cambio de anticonceptivo ☐ Menopausia / perimenopausia ☐ No relaciono la caída con hormonas

¿Presentás signos de exceso androgénico?

☐ No ☐ Acné quístico o hormonal ☐ Vello excesivo en cara/cuerpo (hirsutismo) ☐ Piel muy grasa ☐ Caída en entradas o patrón masculino

6. ESTRES, EMOCIONES Y BIENESTAR MENTAL

Nivel de estrés cotidiano actual (rodeá un número):

Sin estrés ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

Estrés extremo

Tipo de estrés predominante:

☐ Laboral / profesional ☐ Económico / financiero ☐ Familiar / relaciones ☐ Duelo o pérdida ☐ Estrés crónico de larga data ☐ Estrés agudo reciente

¿Pasaste por alguno de estos eventos en los últimos 1–3 años?

☐ Duelo (pérdida de un ser querido) ☐ Separación o divorcio ☐ Accidente o trauma físico
☐ Diagnóstico de enfermedad grave
(propia o familiar) ☐ Crisis económica severa ☐ Cambio de trabajo / desempleo
☐ Mudanza o cambio de vida importante ☐ Violencia / situación traumática ☐ Ninguno de los anteriores

Si viviste algún episodio traumático o de estrés extremo, ¿cuándo fue y cómo te afectó?

¿Tenés o tuviste diagnóstico de:

☐ Ansiedad generalizada ☐ Ataques de pánico ☐ Depresión ☐ Trastorno del sueño / insomnio ☐ Trastorno alimentario ☐ Burnout / agotamiento crónico ☐ Ninguno

¿Tomás o tomaste medicación psiquiátrica?

☐ No ☐ Ansiolíticos ☐ Antidepresivos (ISRS / IRSN) ☐ Estabilizadores del ánimo ☐ Antipsicóticos ☐ Melatonina / inductores del sueño

¿Cómo te sentís emocionalmente en este momento?

☐ Bien / estable ☐ Cansada / sin energía ☐ Ansiosa / nerviosa ☐ Triste / apagada ☐ Abrumada ☐ Prefiero no responder

¿Hay algo más sobre tu estado emocional que quieras que tengamos en cuenta?

7. CALIDAD DEL SUEÑO

¿Cuántas horas dormís por noche en promedio?

☐ Menos de 5 hs ☐ 5–6 hs ☐ 6–7 hs ☐ 7–8 hs (óptimo) ☐ Más de 9 hs

Calidad del sueño:

☐ Duermo bien y me despierto descansada ☐ Me cuesta dormirme ☐ Me despierto de madrugada ☐ Sueño muy liviano / superficial ☐ Sueño fragmentado (varias interrupciones) ☐ Ronco o apnea del sueño

¿Qué tan descansada te sentís al despertar? (rodeá un número):

Muy cansada ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

Totalmente
descansada

¿Tu horario de sueño es regular?

☐ Sí, duermo y me despierto siempre a la misma hora ☐ Variable — depende del día ☐ Muy irregular / nocturna

8. NUTRICION, HIDRATACION Y HABITOS

Tipo de alimentación:

☐ Omnívora (come de todo) ☐ Vegetariana ☐ Vegana ☐ Sin gluten / celíaca ☐ Sin lácteos ☐ Baja en carbohidratos / cetogénica

¿Realizaste alguna dieta restrictiva en el último año?

☐ No ☐ Sí — dieta hipocalórica ☐ Sí — ayuno intermitente ☐ Sí — dieta médica supervisada ☐ Sí — dieta sin supervisión

¿Perdiste peso significativo (más de 5 kg) en los últimos 6 meses?

☐ No ☐ Sí — ¿cuántos kilos aprox.?: ☐ Sí, de forma involuntaria (sin dieta)

Consumo de agua diario:

☐ Menos de 1 litro ☐ 1–1.5 litros ☐ 1.5–2 litros ☐ Más de 2 litros

¿Consumís con regularidad?

☐ Alcohol (más de 3 veces/semana) ☐ Tabaco / cigarrillo ☐ Café / cafeína en exceso (+3 tazas/día) ☐ Bebidas energizantes ☐ Ninguno de los anteriores

Nivel de actividad física:

☐ Sedentaria (sin ejercicio) ☐ Caminatas o actividad leve ☐ Ejercicio moderado 2–3 veces/semana ☐ Ejercicio intenso 4–5 veces/semana ☐ Atleta / entrenamiento de alta exigencia

9. SINTOMAS ACTUALES DEL CUERO CABELLUDO

¿Presentás alguno de los siguientes síntomas?

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Picazón constante | ☐ Picazón post-lavado | ☐ Ardor / sensación de calor |
| ☐ Descamación seca (caspa blanca) | ☐ Descamación grasa (caspa amarillenta) | ☐ Costras o placas |
| ☐ Enrojecimiento / eritema | ☐ Granos / pústulas / foliculitis | ☐ Sensibilidad al tacto o al cepillado |
| ☐ Olor desagradable en cuero cabelludo | ☐ Sequedad extrema / tirante | ☐ Sensación de cuero cabelludo 'apretado' |
| ☐ Ninguno | | |

Los síntomas aparecen principalmente:

- ☐ Todo el tiempo ☐ Después de lavar ☐ Cuando paso varios días sin lavar ☐ Con calor o transpiración ☐ Con estrés ☐ Sin relación aparente

Intensidad de los síntomas (rodeá un número):

Sin síntomas ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

Síntomas muy
intensos

¿Algo más sobre los síntomas que quieras detallar?

10. EVOLUCION Y SENSACIONES

¿Cómo describirías la sensación actual de tu cuero cabelludo? (en tus palabras):

Desde que notás el problema, ¿cómo evolucionó?

- ☐ Empeoró progresivamente ☐ Se mantuvo igual ☐ Mejoró en parte ☐ Va y viene / es cíclico ☐ Empeoró de golpe

¿En qué época del año notás más caída o síntomas?

- ☐ Primavera ☐ Verano ☐ Otoño ☐ Invierno ☐ Sin variación estacional ☐ No lo noté

¿Cómo afecta este problema en tu vida diaria?

- ☐ No me afecta emocionalmente ☐ Me preocupa pero lo manejo ☐ Afecta mi autoestima ☐ Evito situaciones sociales por esto ☐ Me genera ansiedad o tristeza frecuente

¿Hay algo que hayas notado que mejore o empeore el problema?

11. EXPECTATIVAS Y OBJETIVOS

¿Qué resultado esperarás lograr con el tratamiento tricológico?

Tiempo en que esperarás ver resultados:

- ☐ 1 mes ☐ 3 meses ☐ 6 meses ☐ Más de 6 meses ☐ Sin expectativa de tiempo definida

¿Estás dispuesta a modificar hábitos?

☐ Sí, en todo lo que sea necesario ☐ Sí, pero dentro de mis posibilidades ☐ Prefiero principalmente tratamiento en cabina

¿Algo más que quieras contarnos antes de la consulta?

12. OBSERVACIONES PROFESIONALES — USO INTERNO

Diagnóstico presuntivo:

Protocolo propuesto:

Derivaciones sugeridas (médico, endocrinólogo, etc.):

Tricoterapeuta a cargo:

Firma / sello:
