

ARTISTRY®

PERSONAL SKIN ASSESSMENT FOR:

Name: _____	
Address: _____	
City: _____	Province/State: _____ Postal Code/ZIP Code: _____
Email Address: _____	
Home Phone: _____	Cell Phone: _____

1. What is your age?

- 12–19 40–49
 20–29 50–59
 30–39 60+

2. How would you describe your skin?

- Dry – After cleansing, my face feels tight and I need to use a moisturizer
 Normal – I have no significant dryness or oiliness
 Combination – I often have a shiny T-zone (forehead, nose, and chin), and my cheeks feel dry
 Oily – I tend to have an oily sheen throughout the day

3. How sensitive is your skin?

- Very sensitive
 Somewhat sensitive
 Not sensitive at all

4. How often do you experience breakouts?

- Never/rarely
 Occasionally
 Frequently

5. Have fine lines or wrinkles started to appear on your face? *(Please check all that apply.)*

- No, not yet
 Yes, on my forehead
 Yes, around my eyes and between my brows
 Yes, around my mouth
 Yes, on my cheeks

6. Do you have age spots or skin discoloration?

- No
 Yes, light spots or uneven skin tone
 Yes, large spots or blotchy skin

7. What is the texture and tone of your skin?

- My skin feels smooth and looks even and luminous
 My skin feels smooth but has lost its luminosity
 My skin feels slightly rough and has lost its luminosity
 My skin feels rough, looks uneven, and has lost its luminosity

8. What are your skin care goals?

(Please check all that apply.)

- Reduce/prevent the appearance of fine lines and wrinkles
 Reduce under-eye puffiness and dark circles
 Achieve a more even-toned complexion
 Improve texture and radiance
 Improve firmness
 Reduce blemishes
 Reduce dryness

9. Are you interested in non-invasive alternatives to any of the following dermatological/cosmetic procedures?

(Please check all that apply.)

- Yes, non-invasive alternatives to a photo-facial
 Yes, non-invasive alternatives to a professional retinol treatment
 Yes, non-invasive alternatives to a chemical peel
 Yes, non-invasive alternatives to an eyelift
 Yes, non-invasive alternatives to injectable fillers
 Yes, non-invasive alternatives to microdermabrasion
 No, none of the above

ARTISTRY®

EVALUACIÓN PERSONAL DE LA PIEL PARA:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Provincia/Estado: _____ Código Postal: _____

Dirección de Correo Electrónico: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono Celular: _____

1. ¿Cuál es tu edad?

- 12–19 40–49
 20–29 50–59
 30–39 60+

2. ¿Cómo describirías tu piel?

- Seca – Después de una limpieza, mi rostro se siente tenso y necesito usar un hidratante
 Normal – No sufro de sequedad ni grasitud significativas
 Mixta – Suelo tener una zona T (frente, nariz y mentón) brillante, y siento mis mejillas secas
 Grasosa – Suelo tener un brillo grasoso a lo largo del día

3. ¿Cuán sensible es tu piel?

- Muy sensible
 Algo sensible
 Para nada sensible

4. ¿Con cuánta frecuencia tienes brotes de acné?

- Nunca/raramente
 De vez en cuando
 Frecuentemente

5. ¿Empezaron a aparecer líneas finas o arrugas en tu rostro? *(Marca todas las que correspondan).*

- No, aún no
 Sí, en mi frente
 Sí, alrededor de mis ojos y entre mis cejas
 Sí, alrededor de mi boca
 Sí, en mis mejillas

6. ¿Tienes manchas de envejecimiento o decoloración de la piel?

- No
 Sí, manchas claras o un tono desparejo de la piel
 Sí, manchas grandes o pigmentación irregular

7. ¿Cuál es la textura y el tono de tu piel?

- Mi piel se siente suave y luce pareja y luminosa
 Mi piel se siente suave pero ha perdido su luminosidad
 Mi piel se siente ligeramente áspera y ha perdido su luminosidad
 Mi piel se siente áspera, luce despareja y ha perdido su luminosidad

8. ¿Cuáles son tus objetivos del cuidado de la piel? *(Marca todas las que correspondan).*

- Reducir/prevenir la apariencia de líneas finas y arrugas
 Reducir la hinchazón debajo de los ojos y los círculos oscuros
 Adquirir un tono más parejo de la piel
 Mejorar la textura y resplandor
 Mejorar la firmeza
 Reducir las imperfecciones
 Reducir la sequedad

9. ¿Tienes interés en alternativas no invasivas a alguno de los siguientes procedimientos dermatológicos/cosméticos? *(Marca todas las que correspondan).*

- Sí, alternativas no invasivas a una foto facial
 Sí, alternativas no invasivas a un tratamiento profesional con retinol
 Sí, alternativas no invasivas a un peeling químico
 Sí, alternativas no invasivas a una cirugía de los ojos
 Sí, alternativas no invasivas a los rellenos inyectables
 Sí, alternativas no invasivas a la microdermoabrasión
 No, ninguna de las anteriores