Ficha de anamnese

Estética corporal · para imprimir e preencher à mão

Cliente

Nome completo _____ Data de nascimento _____

Telefone / WhatsApp _____ E-mail _____ Documento (CPF ou RG) _____

Hábitos

Pratica atividade física? ☐ Sim ☐ Não

Qual e quantas vezes por semana? _____

Quanta água bebe por dia?

☐ Menos de 1 litro ☐ De 1 a 2 litros ☐ Mais de 2 litros

O intestino funciona todos os dias? ☐ Sim ☐ Não

Passa muitas horas do dia sentado(a) ou em pé? ☐ Sim ☐ Não

Fuma? ☐ Sim ☐ Não

Consome bebida alcoólica toda semana? ☐ Sim ☐ Não

Saúde geral

Tem alergia a algum medicamento, cosmético, látex, esparadrapo ou alimento? ☐ Sim ☐ Não

A quê? _____

Usa algum medicamento de forma contínua? ☐ Sim ☐ Não

Quais? _____

Está grávida, com suspeita de gravidez ou amamentando? ☐ Sim ☐ Não

Tempo de gestação ou de amamentação: _____

Tem pressão alta ou problema no coração? ☐ Sim ☐ Não

Qual? Faz acompanhamento? _____

Tem diabetes? ☐ Sim ☐ Não

Está controlado? Usa insulina? _____

Tem ou já teve trombose, varizes importantes ou outro problema de circulação? ☐ Sim ☐ Não

Qual e quando? _____

Usa marca-passo ou tem prótese, pino ou placa de metal no corpo? ☐ Sim ☐ Não

Onde? _____

Usa DIU ou tem prótese de silicone na região a tratar? ☐ Sim ☐ Não

Tem problema nos rins, no fígado ou na tireoide? ☐ Sim ☐ Não

Qual? _____

Está em tratamento contra o câncer ou teve câncer nos últimos 5 anos? ☐ Sim ☐ Não

Qual tratamento? Tem liberação médica? _____

Tem epilepsia ou já teve convulsão? ☐ Sim ☐ Não

Fez cirurgia ou procedimento estético nos últimos 6 meses? ☐ Sim ☐ Não

Qual e quando? _____

Região e objetivo

Qual região do corpo será tratada?

_____

_____

Tem ferida, infecção, inflamação ou alergia na pele dessa região? ☐ Sim ☐ Não

O quê? _____

Tem alergia ou sensibilidade forte ao frio ou ao calor? ☐ Sim ☐ Não

Tem hérnia na região a tratar? ☐ Sim ☐ Não

Que resultado você espera do tratamento?

_____

_____

Observações do profissional

_____

_____

_____

Termo de ciência e consentimento

Declaro que as informações desta ficha são verdadeiras e que não omiti nenhum dado sobre a minha saúde. Vou avisar o(a) profissional sobre qualquer mudança antes das próximas sessões.

Recebi explicações sobre o procedimento estético corporal: como é feito, os cuidados antes e depois, o resultado esperado e as reações que podem acontecer. Pude tirar minhas dúvidas antes de assinar.

Sei que o resultado varia de pessoa para pessoa, depende do número de sessões, da alimentação e da atividade física, e que nenhum resultado foi garantido.

☐ Li e concordo com o termo de ciência acima.

☐ Autorizo o(a) profissional responsável por este atendimento a registrar e guardar os dados pessoais e de saúde desta ficha, com a finalidade exclusiva de avaliar e realizar o atendimento com segurança e manter o meu histórico (Lei 13.709/2018 – LGPD, art. 11, I). Sei que posso pedir acesso, correção ou eliminação desses dados ao estabelecimento a qualquer momento.

Local e data: _____

Assinatura do cliente

Assinatura do profissional