

# Avaliação Tratamento Estético

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Data Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

## Como conheceu a clínica?

- Site de busca     Fachada     Anúncios Jornal / Revista  
 Facebook     Outdoor     Indicação de: \_\_\_\_\_  
 Instagram     Panfletos     Outros: \_\_\_\_\_

## Hábitos Diários

Tratamento estético anterior:  Sim  Não Qual \_\_\_\_\_

Utilização de cosméticos:  Sim  Não Qual \_\_\_\_\_

Exposição ao sol:  Sim  Não Uso de Filtro solar:  Sim  Não

Tabagismo:  Sim  Não

Ingestão de bebida alcoólica:  Nunca  Raramente  Frequentemente

Funcionamento intestinal:  Regular  Irregular Observações \_\_\_\_\_

Qualidade do sono:  Boa  Regular  Péssima Quantas horas \_\_\_\_\_

Ingestão de água:  Menos de 2 litros por dia  Mais de 2 litros por dia

Alimentação:  Boa  Regular  Péssima

Alimentos de preferência: \_\_\_\_\_

Prática de atividade física:  Sim  Não Qual frequência \_\_\_\_\_

Uso de anticoncepcional:  Sim  Não

Gestações:  Sim  Não Quantas \_\_\_\_\_

Está grávida?  Sim  Não

## Histórico Clínico

Tratamento médico atual:  Sim  Não Medicamento em uso \_\_\_\_\_

Antecedentes alérgicos:  Sim  Não Quais \_\_\_\_\_

Portador de marcapasso:  Sim  Não

Alterações cardíacas:  Sim  Não

Alteração de pressão arterial:  Sim  Não

Distúrbio circulatório:  Sim  Não Qual \_\_\_\_\_

Distúrbio renal:  Sim  Não Qual \_\_\_\_\_

Distúrbio hormonal:  Sim  Não Qual \_\_\_\_\_

Distúrbio gastro-Intestinal:  Sim  Não Qual \_\_\_\_\_

Epilepsia / Convulsões:  Sim  Não Qual frequência \_\_\_\_\_

Labirintite:  Sim  Não

Alterações psicológicas / psiquiátricas:  Sim  Não Qual \_\_\_\_\_

Estresse:  Sim  Não Observações \_\_\_\_\_

Antecedentes oncológicos:  Sim  Não Qual \_\_\_\_\_

Diabetes:  Sim  Não Tipo \_\_\_\_\_

Alguma outra doença:  Sim  Não Qual \_\_\_\_\_

# Tratamento de Medicina Estética e Cirúrgica

Implante dentário:  Sim  Não Qual \_\_\_\_\_

Tratamento dermatológico / estético:  Sim  Não Qual \_\_\_\_\_

Cirurgia plástica / estética:  Sim  Não Qual \_\_\_\_\_

Cirurgia reparadora:  Sim  Não Qual \_\_\_\_\_

Outras cirurgias:  Sim  Não Qual \_\_\_\_\_

Declaração: Me encontro em plena saúde, não havendo nenhuma restrição que impeça realização de procedimentos estéticos. Afirmo e declaro que as declarações são verdadeiras.

Assinatura: \_\_\_\_\_

## ACOMPANHAMENTO DAS SESSÕES

	Data	Protocolo	Profissional	Cliente
Extra				
1º				
2º				
3º				
4º				
5º				
6º				
7º				
8º				
9º				
10º				
11º				
12º				

## Mapa de Aplicação

**D**



**F**



**E**

