

Avaliação Tratamento Estético

Data: ____ / ____ / ____

Nome: _____ Data Nascimento: ____ / ____ / ____

Telefone: _____ Celular: _____ Profissão: _____

Estado Civil: _____ Idade: _____ E-mail: _____

Endereço: _____ nº _____ 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

