

BRONZEAMENTO

FICHA DE ANAMNESE

Nome: _____ Data Nasc.: ____/____/____

CPF: _____ Telefone: _____

É WhatsApp?

Endereço: _____

Fez tratamento estético anterior? SIM NÃO

Qual?

Algun tipo de alergia? SIM NÃO

Especifique:

Faz algum tratamento médico? SIM NÃO

Especifique:

Possui prótese corporal? SIM NÃO

Especifique:

Diabetes? SIM NÃO

Tipo:

Controlada: SIM NÃO

Antecedentes oncológicos? SIM NÃO

Especifique:

Problema de pele? SIM NÃO

Especifique:

Usa filtro solar? SIM NÃO

Ingeri bebidas alcoólicas? SIM NÃO

Intestino regular? SIM NÃO

Pratica esportes? SIM NÃO

É fumante? SIM NÃO

É epilético? SIM NÃO

Portador de Marca-Passo? SIM NÃO

Gestante? SIM NÃO

Semanas:

Tumor ou lesão pré-cancerosa? SIM NÃO

Especifique:

Problemas ortopédicos? SIM NÃO

Especifique:

Está utilizando ácidos? SIM NÃO

Especifique:

Costuma tomar sol? SIM NÃO

Com que frequência?

Usa método anticoncepcional? SIM NÃO

Especifique:

Fez alguma cirurgia recente? SIM NÃO

Especifique:

Alterações cardíacas? SIM NÃO

Distúrbio hormonal? SIM NÃO

Tem hipo/hipertensão arterial? SIM NÃO

Distúrbio renal? SIM NÃO

Varizes, trombozes ou lesões? SIM NÃO

Ciclo menstrual regular? SIM NÃO

Fez/faz tratamento ortomolecular? SIM NÃO

Cuidados diários e produtos em uso? SIM NÃO

Especifique:

Algun outro problema que seja necessário nos informar antes do procedimento? SIM NÃO

Especifique:

As declarações acima são verdadeiras, não cabendo ao profissional a responsabilidade por informações omitidas nessa avaliação.

Data: ____/____/____

Assinatura: _____