

Ficha de anamnese

DEPILAÇÃO

Dados Pessoais

Nome _____

Endereço _____

Telefone _____ E-mail _____

Data de nascimento _____ Sexo F() M()

Avaliação

Já fez depilação? Sim Não _____

Tem alergia a algum cosmético/medicamento? Sim Não _____

Problemas de pele? Sim Não _____

Está em tratamento dermatológico? Sim Não _____

Quais áreas você pretende fazer a depilação? _____

Está grávida? Sim Não _____

Faz uso de algum medicamento? Sim Não _____

Realizou alguma cirurgia recente? Sim Não _____

Foliculite? Sim Não _____

Algum outro problema que seja necessário nos informar antes do procedimento? _____

Ficha de anamnese

Dados Pessoais

Nome _____

Endereço _____

Telefone _____ E-mail _____

Data de nascimento _____ Sexo F() M()

Avaliação

Ja fez algum tratamento estético? Sim Não _____

Tem alergia a algum cosmético/medicamento? Sim Não _____

Problemas de pele? Sim Não _____

Está em tratamento dermatológico? Sim Não _____

Tem prótese ou placas? Sim Não _____

Está grávida? Sim Não _____

Faz uso de algum medicamento? Sim Não _____

Realizou alguma cirurgia recente? Sim Não _____

Doenças cardíacas ou histórico? Sim Não _____

Algum outro problema que seja necessário nos informar antes do procedimento? Sim Não _____



TERMO DE CONSENTIMENTO E USO DE IMAGEM

Eu, _____, estou ciente do tratamento e das informações e medidas tomadas. Concordo em realizar todas as sessões do tratamento que envolva técnicas manuais estéticas.

Confirmo que todas as informações contidas na ficha de anamnese são verdadeiras.

Assim sendo, concordo em iniciar este tratamento.

AUTORIZO o uso da minha imagem em todo e qualquer material entre fotos, documentos, redes sociais, campanhas promocionais e institucionais que estejam relacionados a profissional responsável ,destinadas à divulgação ao público em geral, apenas para uso interno e/ou particular da profissional acima citada, desde que não haja desvirtuamento da finalidade.

Local e Data

Assinatura do cliente