

Nome: _____

Data de nascimento: _____

CPF: _____

Sexo: _____

Telefone: _____

Profissão: _____

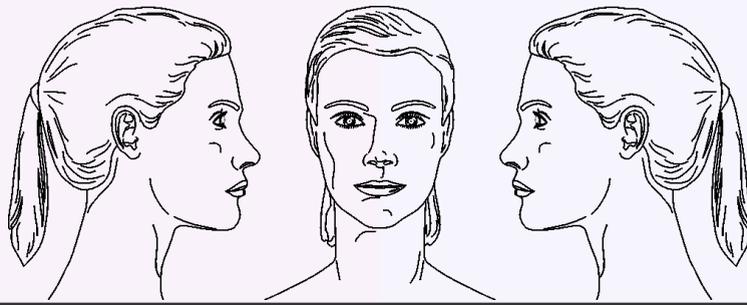
E-mail: _____

Endereço: _____

CEP: _____

Complemento: _____

Como ficou sabendo de nosso trabalho? Facebook Instagram YouTube Google Outros _____**Histórico do paciente**Já fez algum tratamento estético? SIM NÃO Qual: _____Antecedentes alérgicos? SIM NÃO Quais: _____Funcionamento intestinal regular? SIM NÃO Obs: _____Pratica algum tipo de esporte? SIM NÃO Qual: _____É fumante? SIM NÃOAlimentação balanceada? SIM NÃOFaz algum tratamento médico? SIM NÃO Qual: _____Usa algum medicamento? SIM NÃO Qual: _____Usa ou já usou ácidos na pele SIM NÃO Quais: _____É gestante? SIM NÃOPortador de marca-passo? SIM NÃO Qual: _____Presença de prótese metálica? SIM NÃO Onde: _____Tem problemas cardíacos? SIM NÃO Quais: _____Portador de epilepsia? SIM NÃOAntecedentes oncológicos? SIM NÃO Qual: _____Ciclo menstrual regular? SIM NÃO Obs: _____Usa método anticoncepcional? SIM NÃO Qual: _____Cuidados diários e produtos em uso? SIM NÃO Qual: _____Tem diabetes? SIM NÃOPróteses dentárias? SIM NÃOCostuma tomar sol? SIM NÃO



Presença de

Manchas pigmentares relacionadas à melanina

- Acromia Efélides Hipocromia Cloasma Hiperchromia

Manchas por alteração vasculares

- Angioma Eritema Petéquias Cianose Hematoma Teleangectasias

Formações sólidas

- Ceratose Pápulas Comedão Necrose Nódulos Verrugas Millium

Formações com conteúdo líquido

- Bolha Pústula Vesícula

Lesões de pele

- Crosta Escara Fissura Ulceração Descamação Escoriação Fístula

Sequelas

- Atrofia Cicatriz

Pelos

- Hipertricose Hirsutismo

Alterações da queratinização

- Eczema Hiperqueratose Psoríase

Classificação do tipo cutâneo

Quanto à hidratação

- Desidratada Normal

Quanto ao grau de oleosidade

- Alípica Lipídica Normal Seborreica

Quanto à espessura

- Espessa Fina Muito fina

OBSERVAÇÕES

Declaro ter sido informado (a) claramente sobre todos os procedimentos e estar ciente de todos os benefícios, riscos, indicações, contra-indicações, principais efeitos colaterais e advertências gerais. Assim como comprometo-me a seguir as orientações da esteticista. Declaro que as informações acima são verdadeiras, não cabendo a esteticista a responsabilidade por quaisquer informações omitidas.

Local e Data: _____

Assinatura do Cliente