

FICHA DE ANAMNESE DEPILAÇÃO

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Endereço: _____ Bairro: _____

_____ Cep: _____ Estado: _____

E-mail: _____ Tel: _____

Facebook: _____ Instagram: _____

Histórico do Cliente:

1. Costuma fazer Depilação? Sim Não
2. Qual técnica usada? Cera Quente Fria Roll-On Laser Linha
3. Antecedentes Alérgicos? Creme Pré-Dep Pós-Dep Cera
4. Realizou alguma cirurgia? Sim Não Onde? _____ Qto tempo? _____
5. Hipertensão ou hipotensão? Sim Não PA: _____
6. Tem nódulos? Sim Não Onde? _____
7. Está grávida? Sim Não Quanto tempo? _____
8. Amamenta? Sim Não
9. Tem problema hormonal? Sim Não Qual? _____
10. Está fazendo algum tratamento dermatológico? Sim Não Onde? _____
11. Algum corte ou machucado? Sim Não Onde? _____
12. Tem foliculite? Sim Não Onde? _____
13. Faz uso de medicamento? Sim Não Qual? _____ Porque? _____
14. Apresenta lesão na área a ser depilada? Sim Não Qual? _____

Hábitos:

1. Fuma? Sim Não
2. Consome bebida alcoólica? Sim Não
3. Bebe água diariamente? Sim Não Qtos copos em média? _____
4. Faz exercícios físicos? Sim Não Qual frequência? _____
5. Trabalha? Sim Não Em O que? _____
6. Estuda? Sim Não

Informações Adicionais:

Eu _____ portadora do RG _____ declaro que as informações prestadas são expressões de verdade, isentando o profissional de qualquer responsabilidade por informações mentidas ou negadas por mim!

Local: _____ Data: ____/____/____

Assinatura do Cliente