FICHA DE ANAMNESE DEPILAÇÃO

Nome:	
Data de Nascimento://	
Endereço:	Bairro:
Cep:	Estado:
Facebook: In	stagram:
Histórico do Cliente:	
Costuma fazer Depilação? Sim Não	
2. Qual técnica usada? Cera Quente Fria Roll-On Las	er 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 gravida? Sim Não Quanto tempo?	
8. Amamenta? Sim Não	
9. Tem problema hormonal? Sim Não Qual?	
10. Está fazendo algum tratamento dermatológico? Sim N	Não Onde?
11. Algum corte ou machucado? Sim Não Ond	le?
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:	
Fuma? Sim Não Consome bebida alcoólica? Sim Não Pobe água digriamento? Sim Não Otos conce em	, mádia?
	média?a?
5. Trabalha? Sim Não Em O que?	
6. Estuda? Sim Não	
Informações Adicionais:	

Eu _ prestadas são expressõe	es de verdade, isen	_ portadora do RG tando o profissiona	6 al de qualquer	responsabilidade	_ declaro que as e por informações	informações mentidas ou
negadas por mim!	·	·		·	•	
Local:				Data:/_		_
		Assinatura	do Cliente			