

Nome: _____

Data de nascimento: _____

CPF: _____

Sexo: _____

Telefone: _____

Profissão: _____

E-mail: _____

Endereço: _____

CEP: _____

Complemento: _____

Como ficou sabendo de nosso trabalho?

Facebook Instagram YouTube Google Outros _____

Avaliação

- Distúrbios respiratórios
- Portador de marca-passo
- Problemas oncológicos
- Problemas auditivos
- Problemas ortopédicos
- Prótese metálicas
- Problemas cardiológicos

- Diabetes
- Varizes
- Lesões
- Trombose
- Hipotensão
- Hipertensão
- Labirintite

- Problemas circulatórios
- Problemas ginecológicos
- Cirurgias
- Endócrinos
- Alergias
- Hepatite

Já fez algum tratamento estético? SIM NÃO

Se SIM, qual? _____

Usa ou já usou ácido na pele? SIM NÃO

Se SIM, qual? _____

Cuidados diários e/ou produtos em uso? SIM NÃO

Se SIM, qual? _____

Nível de colesterol normal? SIM NÃO

Alimentação balanceada? SIM NÃO

É gestante? SIM NÃO

Está amamentando? SIM NÃO

Consome bebida alcoólica? SIM NÃO

É fumante? SIM NÃO

Pratica alguma atividade física? SIM NÃO

Regularidade intestinal? SIM NÃO

DIU? SIM NÃO

Trabalha: EM PÉ SENTADO

Toma quantos copos de água por dia? _____

Ciclo menstrual: REGULAR IRREGULAR MENOPAUSA REPOSIÇÃO HORMONAL

Faz algum tratamento médico? SIM NÃO

Qual? _____

Faz uso de algum medicamento? SIM NÃO

Qual? _____

Assinale caso possua algum destes itens

Problemas de pele

Problemas neurológicos

Hipersensibilidade ao frio

Sensação dérmica prejudicada

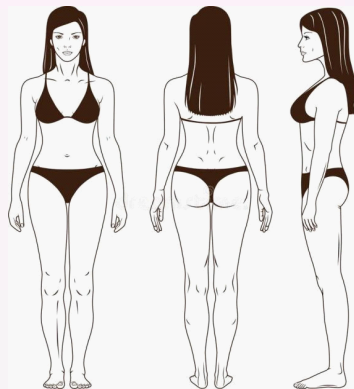
Endometriose

Crioglobulinemia

Hérnia / Onde: _____

Possui algum problema aqui não mencionado? SIM NÃO

Se SIM, qual? _____



MEDIDAS			
	Início	Meio	Fim
Data			
Peso			
Braço esquerdo			
Braço direito			
Cintura			
Abdomen inferior			
Abdomen superior			
Quadril			
Coxa esquerda.			
Coxa direita.			

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 verídicas, não cabendo a esteticista a responsabilidade por quaisquer informações omitidas.

Local e Data: _____

Assinatura do Cliente