

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 criolipólise antes? SIM NÃO - Se SIM, há quanto tempo? _____

Qual região do corpo? _____

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 NÃOAlimentação balanceada? SIM NÃOÉ gestante? SIM NÃOEstá amamentando? SIM NÃOConsome bebida alcoólica? SIM NÃOÉ fumante? SIM NÃOPratica alguma atividade física? SIM NÃORegularidade intestinal? SIM NÃODIU? SIM NÃOTrabalha: EM PÉ SENTADO

Toma quantos copos de água por dia? _____

Ciclo menstrual: REGULAR IRREGULAR MENOPAUSA REPOSIÇÃO HORMONALFaz 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

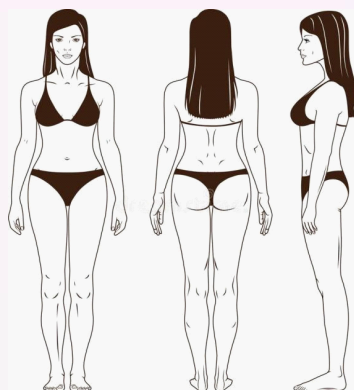
Endometriose

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.			

Reações que podem ocorrer após o tratamento

Os efeitos esperados após o procedimento são: sensibilidade, vermelhidões, inchaços, hematomas e dormências nas regiões tratadas que podem durar cerca de 15 (quinze) dias. É recomendado o uso de gel ou creme de arnica na região tratada 02 (duas) vezes ao dia até o desaparecimento dos sintomas. É necessário agendar retorno para reavaliação em 15 (quinze) dias após o tratamento realizado, porém, havendo outros sintomas que não foram citados acima, por favor, entrar em contato.

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