

Ficha de anamnese: Estética corporal

Preencha com atenção. Suas respostas ajudam a escolher o tratamento certo e a evitar reações.

Profissional / clínica: _____

Data do preenchimento: ____ / ____ / ____

IDENTIFICAÇÃO

Nome completo: _____

Telefone (WhatsApp): _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____

E-mail: _____

Profissão: _____

Como conheceu a clínica? _____

SEU OBJETIVO

O que você quer tratar? *(pode marcar mais de uma)*

- ☐ Gordura localizada ☐ Celulite ☐ Flacidez ☐ Estrias ☐ Inchaço / retenção de líquido
☐ Pós-operatório ☐ Relaxamento ☐ Outro: _____

Quais regiões do corpo?

Peso e altura aproximados: _____

O que espera alcançar?

HÁBITOS

Pratica atividade física? *(marque uma)*

- ☐ Não pratico ☐ 1 a 2 vezes por semana ☐ 3 vezes ou mais

Quanta água bebe por dia? *(marque uma)*

- ☐ Menos de 1 litro ☐ 1 a 2 litros ☐ Mais de 2 litros

Seu intestino funciona? *(marque uma)*

- ☐ Bem, todo dia ☐ Preso ☐ Solto

É fumante?

- ☐ Sim ☐ Não

Consome bebida alcoólica com frequência?

- ☐ Sim ☐ Não

SAÚDE

Tem ou já teve alguma destas condições? *(pode marcar mais de uma)*

- ☐ Hipertensão ☐ Diabetes ☐ Doença cardíaca ☐ Marca-passo ☐ Trombose / varizes
☐ Problemas de circulação ☐ Doença renal ☐ Alteração de tireoide ☐ Câncer ☐ Hérnia
☐ Epilepsia ☐ Prótese ou implante metálico ☐ Nenhuma das anteriores
☐ Outra: _____

Fez cirurgia (plástica ou não) nos últimos 12 meses?

- ☐ Sim ☐ Não

Qual e quando? _____

Usa algum medicamento de forma contínua ou recente?

- ☐ Sim ☐ Não

Qual e para quê? _____

Está grávida, com suspeita de gravidez ou amamentando?

- ☐ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica

Tem alergia ou já teve reação a: *(pode marcar mais de uma)*

- ☐ Cremes / cosméticos ☐ Óleos ☐ Medicamentos ☐ Látex ☐ Outra: _____
☐ Não tenho alergias

AUTORIZAÇÃO DE IMAGEM

Sobre o registro de fotografias e/ou vídeos do meu tratamento:

- ☐ **Não autorizo.** Nenhuma foto ou vídeo será registrado.
- ☐ **Autorizo só para uso interno.** Fotos e vídeos ficam só no meu prontuário, para acompanhar a evolução do tratamento. Nunca são divulgados.
- ☐ **Autorizo uso interno e divulgação.** Além do prontuário, autorizo o uso em redes sociais, site e materiais da clínica.

DECLARAÇÃO

Declaro que as informações fornecidas nesta ficha são verdadeiras e completas, comprometendo-me a informar à profissional qualquer alteração no meu estado de saúde, uso de medicamentos, gestação ou demais condições relevantes antes da realização de procedimentos.

Estou ciente de que a omissão de informações relacionadas à minha saúde poderá interferir na avaliação, indicação, segurança e resultado dos procedimentos realizados.

Assinatura da cliente

Assinatura da profissional