

Ficha de Anamnese Corporal

Dados Pessoais

	Data :	/ /	Idade	
Nome :				Sexo :
Endereço :				Data Nasc :
Bairro :	Cidade:			CEP :
Fones :	Res:	Comercial:	Profissão :	
Nacionalidade :	Cor:	Est. Civil :	E-mail :	
Indicação :				
Motivo da Visita :				

Histórico

Costuma permanecer muito tempo sentada ?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N			
Antecedentes cirúrgicos ?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Quais ?		
Trat. estético anterior ?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Qual ?		
Antecedentes alérgicos ?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Quais ?		
Funcionamento intestinal regular?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Obs.:		
Pratica esportes?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Quais ?		
É fumante?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N			
Alimentação balanceada ?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Tipo ?		
Ingere no mínimo 8 copos de água por dia ?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N			
É gestante ?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Filhos ?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N
Tem algum problema ortopédico ?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Qual ?	Quantos ?	
Faz algum tratamento médico ?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Qual ?		
Usa ou já usou ácidos na pele?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Quais ?		
Já fez algum tratamento ortomelecular ?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Qual ?		
Cuidados Diários e produtos em uso:	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Qual ?		
Portador de Marcapasso ?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Qual ?		
Presença de metais ?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Local ?		
Antecedentes oncológicos ?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Qual ?		
Cirurgia ou fraturas recentes ?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Qual ?		
Ciclo menstrual regular ?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Obs.:		
Usa método anticoncepcional ?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Qual ?		
Varizes ?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Grau :		
Lesões ?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Quais ?		
Hipertensão ?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Hipotensão ?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N
Epilepsia ?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Diabetes ?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N

Termo de Responsabilidade

Estou ciente e de acordo com todas as informações acima relacionadas.

Local e Data

Assinatura Cliente

