

# Ficha de Anamnese Facial

## 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

Fez tratamento 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 ?	
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 ?	
É gestante ?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Filhos ?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Quantos ?
Portador de Marcapasso ?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Qual ?	
Presença de próteses metálicas ?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Local ?	
Tem problemas cardíacos ?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Qual ?	
Portador de epilepsia ?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N		
Portador de Marcapasso ?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Qual ?	
Antecedentes oncológicos ?	<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 ?	
Cuidados Diários e produtos em uso:	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Qual ?	
Tem diabetes ?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N		
Próteses dentárias ?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N		
Costuma tomar sol ?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N		
Toma Tranquilizantes ?	<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

