

DADOS PESSOAIS

NOME: _____
SEXO: _____ DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____
TELEFONE: _____
OBJETIVO DA CONSULTA: _____

HISTÓRICO

1. Já fez algum tipo de tratamento estético?

() Sim () Não Qual?

2. Faz uso de algum medicamento?

() Sim () Não Qual?

3. Tem alguma alergia? (medicamentos, anestesia etc?)

() Sim () Não Qual?

4. É ou já foi fumante?

() Sim () Não Qual?

5. Usa ou já usou ácidos na pele?

() Sim () Não Qual?

6. Possui muita exposição ao sol?

() Sim () Não Qual?

7. É gestante?

() Sim () Não Qual?

8. Faz algum tipo de cuidado diário estético facial?

() Sim () Não Qual?

9. Está sob algum tipo de tratamento médico?

() Sim () Não Qual?

10. Já fez alguma cirurgia ou procedimento de harmonização facial?

() Sim () Não Qual?

11. Pratica algum exercício físico?

() Sim () Não Qual?

12. Tem uma alimentação balanceada?

() Sim () Não Qual?

13. Alguma patologia dermatológica?

() Sim () Não Qual?

14. Método anticoncepcional?

() Sim () Não Qual?

15. Ciclo menstrual regular?

() Sim () Não Qual?

16. Reposição hormonal?

() Sim () Não Qual?

17. Tem alguma prótese?

() Sim () Não Qual?

18. Hereditariedade de acne?

() Sim () Não Qual?

HISTÓRICO

19. Tem hematomas com facilidade?

() Sim () Não

20. Tem varizes ou varicose?

() Sim () Não

21. Tem alguma alteração vascular? (petéquias, cianose, eritema, etc)?

() Sim () Não O que?

22. Possui manchas na pele? (hipocromia, cloasma, melasma, acromia, etc)?

() Sim () Não

23. Tem alguma formação sólida na pele? (nódulos, pápula, verruga, sequela, cicatriz)?

() Sim () Não Qual?

24. Tem alguma doença infectocontagiosa?

() Sim () Não

25. Tem alguma doença nos órgãos essenciais? (rim, fígado, etc) ?

() Sim () Não

26. Já sofreu algum desmaio ou convulsão?

() Sim () Não

27. Já sofreu algum trauma na face?

() Sim () Não

28. Tem alguma doença cardiovascular?

() Sim () Não

29. Tem ou já teve algum distúrbio respiratório?

() Sim () Não

30. Faz uso de bebida alcoólica com frequência?

() Sim () Não

31. Perdeu ou ganhou peso ultimamente?

() Sim () Não

32. Tem diabetes?

() Sim () Não

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Local e Data

Assinatura Paciente