

STREETWISE TATTOO

FICHA DE ANAMNESE

Nome:	<input type="text"/>	Data Nasc.:	<input type="text"/>
Ocupação:	<input type="text"/>	Celular:	<input type="text"/>
Endereço:	<input type="text"/>		
RG:	<input type="text"/>	CPF:	<input type="text"/>

Está em tratamento médico?	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO	Diabetes?	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO
Especifique:		Especifique:			
Alguma cirurgia recente?	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO	Histórico de convulsões?	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO
Especifique:		Especifique:			
Possui alguma alergia?	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO	Doenças infectocontagiosas?	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO
Especifique:		Especifique:			
Problemas cardíacos?	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO	Tem hipo/hipertensão?	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO
Algum tipo de câncer?	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO	Já teve quadro de anemia?	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO
Fez/faz uso de drogas?	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO	Hemofilia?	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO
Problema de cicatrização?	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO	Tem algum tipo de hepatite?	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO
Algum outro problema que seja necessário nos informar?				<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO
Especifique:					

Declaro que as informações acima são verdadeiras, não cabendo ao profissional quaisquer responsabilidades por informações omitidas nessa avaliação.

Comprometo-me a seguir todos os cuidados necessários após o procedimento.

Em caso de tatuagem, estou ciente de que o processo tem carácter permanente, não sendo garantido a total remoção, mesmo com recurso à recente tecnologia de remoção de tatuagens.

Tenho conhecimento que o trabalho será realizado em condições de segurança e higiene recorrendo a instrumentos esterilizados e/ou descartáveis.

Data Atual:	<input type="text"/>	Assinatura:	<input type="text"/>
-------------	----------------------	-------------	----------------------