

Ficha de Anamnese Corporal

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

Em caso de emergência avisar:			
Nome :		Telefone:	
Médico :		Telefone:	
Convênio Méd. :		Hospital:	

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 atividade física ?	<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 líquidos com frequência ?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Quanto ?
É gestante ?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Filhos ? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Quantos ?
Tem algum problema ortopédico ?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Qual ?
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 ortomolecular ?	<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 ?
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

Medidas	
---------	--

[illegible][illegible]