

CONTEÚDO: DADOS PESSOAIS E ANAMNESE

DADOS PESSOAIS

NOME: _____
NASCIMENTO: _____ / _____ / _____
ENDEREÇO: _____
BAIRRO: _____
COMO VOCÊ NOS CONHECEU? _____
SE FOR MENOR (RESPONSÁVEL): _____
TELEFONE: _____

RG: _____
CPF: _____
CIDADE: _____
ATIVIDADE: _____
WHATSAPP: _____
INSTAGRAM: _____

ANAMNESE

ESTÁ DE RÍMEL?
() SIM () NÃO

FEZ ALGUM PROCEDIMENTO
RECENTE NOS OLHOS?
() SIM () NÃO

POSSUI ALERGIA A
ESMALTES/COSMÉTICOS/
CIANOACRILATO?
() SIM () NÃO
ESPECIFIQUE: _____

EPILEPSIA?
() SIM () NÃO

É GESTANTE?
() SIM () NÃO

POSSUI PROBLEMAS DE
TIREÓIDE?
() SIM () NÃO

POSSUI GLAUCOMA, BLEFARITE
OU ALGUM PROBLEMA OCULAR?
() SIM () NÃO
ESPECIFIQUE: _____

LACRIMEJA CONSTANTEMENTE?
() SIM () NÃO

DORME DE LADO?
() SIM () NÃO

ESTÁ EM TRATAMENTO
ONCOLÓGICO?
() SIM () NÃO

QUEDA ANORMAL DE
CÍLIOS?
() SIM () NÃO

DEPRESSÃO?
() SIM () NÃO

USA ESTIMULANTE PARA
CRESCIMENTO DOS PELOS?
() SIM () NÃO

EXISTE ALGUM PROCEDIMENTO QUE JULGUE NECESSÁRIO INFORMAR AO PROFISSIONAL ANTES DO
PROCEDIMENTO?

() SIM () NÃO QUAL? _____

AUTORIZO A REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO DE EXTENSÃO DE CÍLIOS.

AUTORIZO O REGISTRO FOTOGRÁFICO DE "ANTES" E "DEPOIS" PARA DOCUMENTAÇÃO E DIVULGAÇÃO PROFISSIONAL.

DECLARO QUE AS INFORMAÇÕES DA FICHA DE ANAMNESE SÃO VERDADEIRAS E DE MINHA RESPONSABILIDADE

_____ / _____ / _____ ASSINATURA DA CLIENTE: _____

PROCEDIMENTO REALIZADO: () FIO A FIO () VOLUME BRASILEIRO () OUTRO: _____

DATA DO PROCEDIMENTO:

MANUTENÇÃO:

HORÁRIO:

____ / ____ / ____

____ / ____ / ____

____ : ____

MAPPING: _____

MARCA DOS FIOS:

ESPESSURA: _____ CURVATURA: _____

COLA: _____ VALOR: _____