

Ficha de Anamnese Estética

Avaliação inicial — procedimentos estéticos

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome completo		Data de nascimento	
CPF	Telefone / WhatsApp		Profissão
Endereço		Como conheceu a clínica?	

QUEIXA PRINCIPAL E EXPECTATIVA

O que trouxe você à clínica? (queixa principal)
Qual resultado espera alcançar?
Já realizou procedimentos estéticos antes? Quais e quando?

HISTÓRICO DE SAÚDE

Pergunta	Sim / Não	Observações
Possui alguma alergia (medicamentos, cosméticos, anestésicos)?	() Sim () Não	
Faz uso contínuo de alguma medicação?	() Sim () Não	
Possui diabetes, hipertensão ou cardiopatia?	() Sim () Não	
Possui distúrbio de coagulação ou usa anticoagulante?	() Sim () Não	
Está gestante ou amamentando?	() Sim () Não	
Possui doença autoimune ou está em tratamento oncológico?	() Sim () Não	
Já teve herpes (labial ou de pele)?	() Sim () Não	
Possui marca-passo ou implante metálico?	() Sim () Não	
Fez alguma cirurgia nos últimos 12 meses?	() Sim () Não	

HÁBITOS DE VIDA

Pergunta	Sim / Não	Observações
Pratica atividade física regularmente?	() Sim () Não	
Fuma?	() Sim () Não	

Consome bebida alcoólica com frequência?	() Sim () Não	
Como está seu sono? Dorme bem?	() Sim () Não	
Ingere água regularmente (mais de 1,5 L/dia)?	() Sim () Não	
Exposição solar frequente? Usa protetor solar diariamente?	() Sim () Não	

CONSENTIMENTO — LGPD

Autorizo a coleta e o tratamento dos meus dados pessoais e de saúde acima informados, exclusivamente para fins de avaliação, planejamento e execução dos cuidados prestados por esta clínica, nos termos da Lei nº 13.709/2018 (LGPD). Estou ciente de que posso solicitar acesso, correção ou exclusão dos meus dados a qualquer momento.

Cidade e data	Profissional responsável / registro
---------------	-------------------------------------

Assinatura do(a) paciente

Assinatura do(a) profissional