

Formulário de Recepção de Cliente - Esteticista

Formulário abrangente de recepção de cuidados com a pele para tratamentos faciais, análise de pele e serviços estéticos

Informações do Cliente

Nome *

Sobrenome *

Endereço de Email *

Número de Telefone *

Data de Nascimento *

DD / MM / AAAA

Análise da Pele

Como você descreveria seu tipo de pele? *

- ☐ Seca — sensação de rigidez, pode descamar
- ☐ Oleosa — brilhante, poros dilatados
- ☐ Mista — zona T oleosa, bochechas secas
- ☐ Normal — equilibrada, problemas mínimos
- ☐ Sensível — facilmente irritada, reativa
- ☐ Desidratada — falta umidade, mas pode continuar oleosa

Quais são suas principais preocupações com a pele? (selecione todos os que se aplicam) *

- | | |
|---|--|
| ☐ Acne / Espinhas | ☐ Envelhecimento / Linhas finas / Rugas |
| ☐ Hiperpigmentação / Manchas escuras | ☐ Vermelhidão / Rosácea |
| ☐ Opacidade / Tom desigual | ☐ Textura áspera / Poros grandes |
| ☐ Ressecamento / Descamação | ☐ Dano solar |
| ☐ Cicatrizes de acne | ☐ Olheiras / Inchaço |
| ☐ Cravos / Congestão | |

Que resultados você espera alcançar? *

Histórico de Pele e Tratamentos

Descreva sua rotina atual de cuidados com a pele *

Você já recebeu tratamentos faciais profissionais antes? *

- ☐ Sim, regularmente ☐ Sim, ocasionalmente ☐ Não, este é meu primeiro

Você realizou algum dos seguintes nos últimos 4 semanas?

- ☐ Peeling químico ☐ Microagulhamento ☐ Tratamento a laser
☐ Microdermoabrasão ☐ Botox ou preenchimento ☐ Depilação facial com cera
☐ Nenhum dos anteriores

Você está usando algum produto de cuidados com a pele prescrito?

Informações de Saúde

Você tem alguma das seguintes condições?

- ☐ Eczema ☐ Psoríase
☐ Rosácea (diagnosticada) ☐ Herpes labial / Herpes simples
☐ Diabetes ☐ Transtorno autoimune
☐ Câncer (atual ou em tratamento) ☐ Histórico de cicatrização quelóide
☐ Grávida ou amamentando ☐ Nenhum dos anteriores

Alergias conhecidas (ingredientes de cuidados com a pele, látex, fragrâncias, etc.) *

Medicamentos atuais (incluindo suplementos)

Você tomou Accutane (isotretinoína) nos últimos 6 meses? *

- ☐ Sim ☐ Não

Seleção de Serviços

Serviços de Interesse *

- ☐ Facial Básica / Clássica ☐ Facial de Limpeza Profunda
☐ HydraFacial ☐ Facial Anti-Envelhecimento
☐ Facial Iluminadora / Despigmentante ☐ Facial para Acne
☐ Facial para Pele Sensível ☐ Dermoplaningem
☐ Terapia com Luz LED ☐ Facial de Oxigênio
☐ Facial Personalizada / Recomendação da Esteticista

Registro de Serviço

Apenas para uso interno

	Data	Etapa	Produto	Observações
Entrada 1				
Entrada 2				
Entrada 3				
Entrada 4				
Entrada 5				
Entrada 6				

Consentimento e Assinatura

Certifico que as informações fornecidas são precisas e completas. Entendo que minha esteticista usará essas informações para personalizar meu tratamento. Consinto nos serviços de cuidados com a pele selecionados acima e entendo que os resultados variam de pessoa para pessoa. Concordo em notificar a esteticista sobre qualquer desconforto durante o tratamento.

Confirmo que li e compreendi as informações acima e dou meu consentimento informado.

Li e compreendi as informações acima: _____

Assinatura

Data

Nome completo

Data *

DD / MM / AAAA

Este formulário foi fornecido gratuitamente pela Consentify

O Consentify transforma formulários como este em consentimento digital que seus clientes assinam em seus próprios telefones por código QR — com PDFs automáticos, sinalizadores de contraindicações e armazenamento criptografado. Plano gratuito disponível em <https://getconsentify.com>.

Apenas um modelo. Revise com seu próprio profissional licenciado ou assessor jurídico antes de usar; os requisitos variam de acordo com a jurisdição e a prática.