

Consentimento para Tratamento Facial

Consentimento e consulta de pele para faciais, hidradermabrasão, dermaplaning, tratamentos enzimáticos e terapia com LED

Informações do Cliente

Primeiro Nome *

Sobrenome *

Endereço de Email *

Número de Telefone *

Data de Nascimento *

DD / MM / AAAA

Consulta de Pele

Serviços hoje *

☐ Facial clássico/personalizado

☐ Hidradermabrasão

☐ Dermaplaning

☐ Esfoliação enzimática ou química leve

☐ Extrações

☐ Terapia com luz LED

☐ Microcorrente

Tipo de pele *

☐ Normal

☐ Seca

☐ Oleosa

☐ Mista

☐ Sensível

Preocupações com a pele

☐ Acne/Espinhas

☐ Linhas de expressão/Envelhecimento

☐ Manchas escuras/Tom irregular

☐ Vermelhidão/Rosácea

☐ Ressecamento/Desidratação

☐ Textura/Poros

Produtos de cuidados com a pele atuais

Avaliação de Saúde e Pele

Você utilizou retinol, tretinoína ou outros retinoides nos últimos 5-7 dias? *

☐ Sim ☐ Não

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

☐ Sim ☐ Não

Você tem herpes labial ativo, lesões abertas, queimadura solar ou infecção de pele hoje? *

☐ Sim ☐ Não

Você teve injetáveis, laser, microagulhamento, depilação ou peeling químico nos últimos 2 semanas? *

☐ Sim ☐ Não

Você está grávida ou amamentando? *

☐ Sim ☐ Não

Você tem epilepsia, marca-passo ou implantes metálicos no rosto? *

☐ Sim ☐ Não

Você tem alergias a ingredientes de cuidados com a pele, amendoim, látex ou fragrância? *

☐ Sim ☐ Não

Se sim, por favor liste

Medicamentos atuais

Riscos e Complicações

Possíveis reações:

- Vermelhidão, calor e sensibilidade leve por algumas horas
- Descamação ou espinhas por alguns dias após esfoliação ou extrações
- Ressecamento ou descamação
- Pequenos arranhões ou irritação do dermaplaning (raro)
- Reação alérgica a um produto
- Hiperpigmentação se a pele tratada ficar exposta ao sol sem proteção
- Afloramento do herpes labial com histórico de herpes simples

Evite sol, retinoides, ácidos esfoliantes e exercícios intensos por 24-48 horas após o tratamento e use FPS 30+ diariamente.

Confirmo que minhas respostas sobre uso de retinoides, isotretinoína, procedimentos recentes, alergias e condições médicas são precisas, e entendo que o tratamento pode ser ajustado ou recusado com base nelas.

Divulguei meu histórico de pele e produtos: _____

Registro de Serviço

Apenas para uso interno

	Data	Serviços/Produtos	Observações de pele	Recomendações de cuidados em casa
Entrada 1				

	Data	Serviços/Produtos	Observações de pele	Recomendações de cuidados em casa
Entrada 2				
Entrada 3				
Entrada 4				
Entrada 5				
Entrada 6				

Consentimento e Assinatura

Consinto voluntariamente no(s) tratamento(s) facial(is) selecionado(s) acima. Entendo que a esteticista não está diagnosticando nem tratando uma condição médica, que os resultados variam e que devo relatar qualquer desconforto durante o tratamento imediatamente. Libero o prestador e a clínica de responsabilidade relacionada a este tratamento, exceto em casos de negligência.

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

Li e entendi o acima e consinto com o tratamento: _____

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.