

Avaliação Completa do Paciente

Formulário completo de admissão de pacientes com dados demográficos, histórico médico, medicamentos e alergias para pacientes de spas médicos

Informações do Cliente

Primeiro Nome *

Sobrenome *

Endereço de E-mail *

Número de Telefone *

Data de Nascimento *

DD / MM / AAAA

Dados Demográficos

Gênero *

☐ Feminino

☐ Masculino

☐ Não Binário

☐ Prefiro não informar

Endereço *

Cidade *

Estado *

CEP *

Nome do Contato de Emergência *

Telefone do Contato de Emergência *

Histórico Médico

Você tem ou já teve alguma das seguintes condições?

- ☐ Transtorno autoimune (Lúpus, Artrite Reumatoide, etc.)
- ☐ Transtorno de sangramento ou coagulação
- ☐ Diabetes (Tipo 1 ou Tipo 2)
- ☐ Doença cardíaca ou condição do coração
- ☐ Pressão arterial elevada
- ☐ Transtorno da tireoide
- ☐ Transtorno convulsivo / Epilepsia
- ☐ Hepatite B ou C
- ☐ HIV / AIDS
- ☐ Câncer (atual ou histórico)
- ☐ Tendência a cicatrização quelóide
- ☐ Condição de pele (Eczema, Psoríase, Rosácea)
- ☐ Herpes labial / Herpes simplex
- ☐ Nenhuma das anteriores

Se respondeu sim a alguma das anteriores, forneça detalhes

Você está grávida ou amamentando? *

- ☐ Sim ☐ Não ☐ Não tenho certeza

Você recebeu algum dos seguintes tratamentos nos últimos 12 meses?

- ☐ Injeções de Botox / Neurotoxina ☐ Preenchimentos dérmicos ☐ Peeling químico
- ☐ Tratamento a laser ☐ Microagulhamento ☐ Cirurgia facial
- ☐ Nenhuma das anteriores

Medicamentos e Alergias Atuais

Liste todos os medicamentos atuais (incluindo suplementos e vitaminas)

Você está tomando anticoagulantes (Aspirina, Varfarina, Ibuprofeno, etc.)? *

- ☐ Sim ☐ Não

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

- ☐ Sim ☐ Não

Liste todas as alergias conhecidas (medicamentos, látex, alimentos, etc.) *

Você já teve reação alérgica a anestésico local (p. ex., Lidocaína)? *

☐ Sim ☐ Não

Cuidados com a Pele Atuais

Como você descreveria seu tipo de pele? *

☐ Seca ☐ Oleosa ☐ Mista
☐ Sensível ☐ Normal

Liste seus produtos atuais de cuidados com a pele

Quais são seus principais objetivos de tratamento? *

Consentimento e Assinatura

Certifico que as informações fornecidas acima são precisas e completas segundo meu melhor conhecimento. Entendo que omitir ou fornecer informações imprecisas pode afetar meu plano de tratamento e resultados. Concordo em notificar a clínica sobre qualquer alteração no meu estado de saúde ou medicamentos.

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

Li e compreendo 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.