

# Ficha de Anamnese Corporal

## Dados Pessoais

	Data :	/ /	Idade	
Nome :				Sexo :
Endereço :				Data Nasc :
Bairro :	Cidade:			CEP :
Fones :	Res:	Comercial:	Profissão :	
Nacionalidade :	Cor:	Est. Civil :	E-mail :	
Indicação :				
Motivo da Visita :				

## Histórico

Costuma permanecer muito tempo sentada ?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	
Antecedentes cirúrgicos ?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Quais ?
Trat. estético anterior ?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Qual ?
Antecedentes alérgicos ?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Quais ?
Funcionamento intestinal regular?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Obs.:
Pratica esportes?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Quais ?
É fumante?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	
Alimentação balanceada ?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Tipo ?
Ingere no mínimo 8 copos de água por dia ?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	
É gestante ?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Filhos ? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Quantos ?
Tem algum problema ortopédico ?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Qual ?
Faz algum tratamento médico ?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Qual ?
Usa ou já usou ácidos na pele?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Quais ?
Já fez algum tratamento ortomelecular ?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Qual ?
Cuidados Diários e produtos em uso:	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Qual ?
Portador de Marcapasso ?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Qual ?
Presença de metais ?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Local ?
Antecedentes oncológicos ?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Qual ?
Cirurgia ou fraturas recentes ?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Qual ?
Ciclo menstrual regular ?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Obs.:
Usa método anticoncepcional ?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Qual ?
Varizes ?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Grau :
Lesões ?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Quais ?
Hipertensão ?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Hipotensão ? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Epilepsia ?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Diabetes ? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N

## Termo de Responsabilidade

Estou ciente e de acordo com todas as informações acima relacionadas.

Local e Data

Assinatura Cliente

