

Procedimento Capilar

Ficha de Anamnese

Nome: Idade: anos
RG: CPF:
Ocupação: Telefone: () -

Realizou algum procedimento Capilar nos últimos 3 meses? SIM NÃO

Especifique:

Realiza Cronograma, Hidratação ou Reconstrução? SIM NÃO

Especifique a frequência:

Utiliza Prancha, Secador ou Modelador de Cachos? SIM NÃO

Gestante? SIM NÃO Alergia? SIM NÃO

Semanas:

Quais:

Problemas Identificados

Quedas Caspas Piolho "Pediculose"? Feridas
Nós "Triconicose" Seborréia Pontas Duplas "Tricoptilose"
Escamas ou Manchas "Psoríase" Tricorrexis Nodosa "Quebra"

Qual tipo de tratamento a cliente deseja realizar:

Especifique:

Declaro que as informações acima são verdadeiras, não cabendo ao profissional quaisquer responsabilidades por informações omitidas nesta avaliação. Comprometo-me a seguir todos os cuidados necessários após o procedimento a ser realizado. Autorizo registro fotográfico do trabalho realizado (antes e depois) para efeito de documentação e divulgação em books, redes sociais ou qualquer meio publicitário. A presente autorização é concedida gratuitamente sem que haja ser reclamado a título de direitos ou qualquer outro.

Data: ____/____/____

Tipo de Cabelo:

Assinatura - Cliente

Liso Ondulado Cacheado Crespo Outro

Teste de Mechas

Mecha	Data	Hora	Tempo	Produto	Dosagem	Resultado
1ª						
2ª						
3ª						
4ª						

ESPAÇO ABAIXO RESERVADO AO PROFISSIONAL

Procedimento Realizado:

Data: ____/____/____

Assinatura - Profissional