

FICHA DE ANAMNESE

Alongamento de Unhas

Nome: _____ Nascimento: ____/____/____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Nº da Identidade: _____
e-mail: _____ Cel.: _____ CPF: _____

ANAMNESE

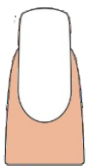
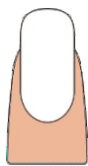
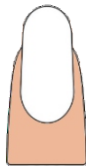
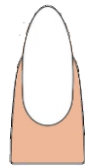
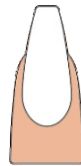
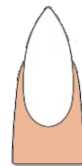
É Gestante?	☐ Sim ☐ Não	Possui alergia à esmaltes/produtos/outros?	☐ Sim ☐ Não
Tem Diabetes?	☐ Sim ☐ Não	Especifique: _____	
Pratica esportes de impacto?	☐ Sim ☐ Não	Faz uso de medicações?	☐ Sim ☐ Não
Entra em mar/piscina com frequência?	☐ Sim ☐ Não	Quais: _____	
Pele oleosa ou suor excessivo?	☐ Sim ☐ Não		

AVALIAÇÃO DAS UNHAS NATURAIS

Unha encravada (Onicocriptose)?	☐ Sim ☐ Não	A Lâmina Ungueal apresenta:
Hábito de roer unhas (Onicofagia)?	☐ Sim ☐ Não	☐ Descamação ☐ Estrias
Retira a cutícula (Eponíqueo)?	☐ Sim ☐ Não	☐ Manchas ☐ Deslocamento
Micose/fungos/outros (Onicomiose)?	☐ Sim ☐ Não	☐ Outros: _____
Especifique: _____		Lâmina: ☐ Plana ☐ Ondulada ☐ Côncava ☐ Convexa

TÉCNICA APLICADA E FORMATO ESCOLHIDO

☐ Gel ☐ Fibra de Vidro ☐ Acrigel ☐ Porcelana ☐ Outra: _____

☐ Quadrada☐ Quadrada Oval☐ Oval☐ Almond☐ Bailarina☐ Stiletto

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO DE REGISTRO FOTOGRÁFICO

1. Declaro que as informações acima são verdadeiras, não cabendo ao profissional quaisquer responsabilidades por informações omitidas nesta avaliação.
2. Declaro que estou ciente e irei seguir todos os cuidados necessários para manter a segurança, durabilidade e saúde do alongamento.
3. Autorizo o registro fotográfico do trabalho realizado ("antes" e "depois") para efeitos de documentação e divulgação em redes sociais, books ou qualquer material publicitário. A presente autorização é concedida gratuitamente, sem que nada a ser reclamado a título de direitos ou qualquer outro.

Data: ____/____/____

Assinatura: _____
(Cliente)

