

ESTÚDIO: _____

Termo de consentimento para procedimento estético facial

Modelo para imprimir e preencher à mão

Cliente: _____

Nascimento: _____

CPF: _____

Telefone: _____

Responsável legal (se menor): _____

ANAMNESE

Você tem alguma alergia? (látex, metais, pigmentos, anestésicos, medicamentos)

[] Sim [] Não Qual? _____

Usa algum medicamento contínuo? Qual?

[] Sim [] Não Qual? _____

Usa anticoagulante ou aspirina com frequência?

[] Sim [] Não

Tem diabetes?

[] Sim [] Não

Tem hipertensão?

[] Sim [] Não

Tem problema cardíaco ou marca-passo?

[] Sim [] Não

Tem epilepsia?

[] Sim [] Não

Tem hepatite, HIV ou outra condição transmissível pelo sangue?

[] Sim [] Não

Tem tendência a queloide ou cicatrização difícil?

[] Sim [] Não

Está grávida ou amamentando?

[] Sim [] Não

Consumiu álcool ou drogas nas últimas 24 horas?

[] Sim [] Não

Está em jejum há mais de 4 horas?

[] Sim [] Não

Tem alguma lesão, infecção ou doença de pele na região?

[] Sim [] Não Qual? _____

Procedimento a realizar

Usa ácidos ou fez peeling nos últimos 15 dias?

[] Sim [] Não Qual? _____

Teve exposição solar intensa nos últimos 15 dias?

[] Sim [] Não

TERMO DE CONSENTIMENTO

1. Estou ciente de que procedimentos estéticos faciais podem causar vermelhidão, edema, ardência, descamação, sensibilidade e, em casos raros, manchas (hiperpigmentação) ou pequenas lesões temporárias.
2. Entendo que os resultados variam de pessoa para pessoa, dependem de hábitos, exposição solar e continuidade do tratamento, e que não há garantia de resultado específico.

3. Comprometo-me a usar protetor solar diariamente durante o tratamento e a evitar exposição solar direta pelo período orientado, ciente de que o descumprimento pode causar manchas.
4. Fui informado de que o tratamento pode exigir várias sessões e que o intervalo entre elas segue a orientação do profissional.
5. Entendo que o resultado depende também dos cuidados após o procedimento e que a responsabilidade por não seguir as orientações recebidas é minha.
6. Declaro que as informações da anamnese são verdadeiras e completas, e que não omiti nenhuma condição de saúde, alergia ou medicamento em uso.
7. Fui esclarecido sobre o procedimento, seus riscos, os cuidados necessários e as alternativas disponíveis, e tive oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas.
8. Consinto de forma livre e consciente com a realização do procedimento e sei que posso desistir a qualquer momento antes do seu início.
9. Entendo que a omissão de informações sobre minha saúde pode causar dano e que a responsabilidade por essa omissão é minha.
10. Estou ciente de que o profissional pode recusar ou interromper o procedimento com base nas respostas da anamnese ou em qualquer sinal de risco.

TRATAMENTO DE DADOS SENSÍVEIS

Para realizar este procedimento com segurança, {estudio} precisa registrar informações sobre sua saúde (alergias, condições e medicamentos). Esses dados são sensíveis pela LGPD (Lei 13.709/2018, art. 11) e serão usados exclusivamente para avaliar a segurança do procedimento e como registro do seu consentimento. Ficam armazenados de forma protegida por {anos} anos e depois são apagados. Você pode pedir acesso, correção ou exclusão pelo contato do estúdio. Ao marcar a caixa abaixo, você consente de forma específica com esse tratamento.

[☐] Li e concordo com o tratamento dos meus dados de saúde para este procedimento.

Assinatura do cliente

Assinatura do responsável legal