não+ pelo não+ velho

CHECKLIST DE SESSÕES

NOME: CPF: Nº CL:

DATA: / /20 ÁREAS:

Desde a sua última sessão até o dia de hoje, assinale as alternativas que se enquadram ao seu caso:

- S N Usou medicamento/suplemento alimentar? ____
- S N Teve exposição aos raios UV/bronzeamento artificial? ____
- S N Fez tratamentos cosméticos/estéticos? ____
- S N Fez cirurgia? ____
- S N Usou produtos para a pele? ____
- S N Utilizou algum método de depilação? ____

RESULTADOS OBSERVADOS: ☐ Afinamento dos pelos ☐ Retardamento do crescimento ☐ Presença de falhas ☐ Nenhum

OBSERVAÇÕES: ____

ASSINATURAS: ____ ____ ____

CLIENTE Confirmo as informações acima descritas. RESPONSÁVEL (MENOR DE IDADE) TÉCNICA

DATA: / /20 ÁREAS:

Desde a sua última sessão até o dia de hoje, assinale as alternativas que se enquadram ao seu caso:

- S N Usou medicamento/suplemento alimentar? ____
- S N Teve exposição aos raios UV/bronzeamento artificial? ____
- S N Fez tratamentos cosméticos/estéticos? ____
- S N Fez cirurgia? ____
- S N Usou produtos para a pele? ____
- S N Utilizou algum método de depilação? ____

RESULTADOS OBSERVADOS: ☐ Afinamento dos pelos ☐ Retardamento do crescimento ☐ Presença de falhas ☐ Nenhum

OBSERVAÇÕES: ____

ASSINATURAS: ____ ____ ____

CLIENTE Confirmo as informações acima descritas. RESPONSÁVEL (MENOR DE IDADE) TÉCNICA

DATA: / /20 ÁREAS:

Desde a sua última sessão até o dia de hoje, assinale as alternativas que se enquadram ao seu caso:

- S N Usou medicamento/suplemento alimentar? ____
- S N Teve exposição aos raios UV/bronzeamento artificial? ____
- S N Fez tratamentos cosméticos/estéticos? ____
- S N Fez cirurgia? ____
- S N Usou produtos para a pele? ____
- S N Utilizou algum método de depilação? ____

RESULTADOS OBSERVADOS: ☐ Afinamento dos pelos ☐ Retardamento do crescimento ☐ Presença de falhas ☐ Nenhum

OBSERVAÇÕES: ____

ASSINATURAS: ____ ____ ____

CLIENTE Confirmo as informações acima descritas. RESPONSÁVEL (MENOR DE IDADE) TÉCNICA

DATA: / /20 ÁREAS:

Desde a sua última sessão até o dia de hoje, assinale as alternativas que se enquadram ao seu caso:

- S N Usou medicamento/suplemento alimentar? ____
- S N Teve exposição aos raios UV/bronzeamento artificial? ____
- S N Fez tratamentos cosméticos/estéticos? ____
- S N Fez cirurgia? ____
- S N Usou produtos para a pele? ____
- S N Utilizou algum método de depilação? ____

RESULTADOS OBSERVADOS: ☐ Afinamento dos pelos ☐ Retardamento do crescimento ☐ Presença de falhas ☐ Nenhum

OBSERVAÇÕES: ____

ASSINATURAS: ____ ____ ____

CLIENTE Confirmo as informações acima descritas. RESPONSÁVEL (MENOR DE IDADE) TÉCNICA

Legenda: S SIM N NÃO

Versão 1.0