**FICHA CLÍNICA PARA EXTENSIONES DE PESTAÑAS**

|  |
| --- |
| **DATOS DEL CLIENTE** |
| Nombre y apellido del cliente |  |
| Fecha de nacimiento |  |
| Teléfono de contacto |  |
| E-mail |  |
| Dirección |  |

*A continuación, se le presentan una serie de preguntas que usted debe responder con total honestidad. Al final del cuestionario, encontrará un compromiso que usted debe firmar para poder efectuar el procedimiento.*

* **¿Se encuentra en tratamiento médico o toma algún medicamento?**

\_\_\_Si \_\_\_No

* **¿Tiende a tener reacciones alérgicas?**

\_\_\_Si \_\_\_No

* **¿Es sensible en la zona de ojos o párpados?**

\_\_\_Si \_\_\_No

* **¿Tiene usted alguna inflamación o enfermedad en la zona de los ojos?**

\_\_\_Si \_\_\_No

* **¿Sufre usted de dermatitis o exzemas?**

\_\_\_Si \_\_\_No

* **Marque con una X si posee alguna(s) de las siguientes patologías:**

\_\_ Glaucoma

\_\_ Diabetes

\_\_ Lagrimal seco

\_\_ Conjuntivitis

\_\_ Exceso de lágrima

\_\_ Uso habitual de colirio

\_\_ Cataratas

\_\_ Intervenciones ópticas recientes

\_\_ Alergia al látex

\_\_ Alergia al cianacrilato

\_\_ Lentes de contacto

En el caso de padecer alguna de ellas, **eximo de toda responsabilidad** a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(nombre del centro de estética)*

|  |
| --- |
| **DETALLES DEL PROCEDIMIENTO*****Esta información debe ser llenada únicamente por el responsable del centro de estética*** |
| Tipo de tratamiento: | **Extensión de pestañas** |
| Técnica escogida: |  |
| Profesional responsable: |  |

**COMPROMISO**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, confirmo que me han informado de todas las características del proceso de las extensiones de pestañas así como su durabilidad, procedimientos y riesgos.

Asimismo, me comprometo a seguir las recomendaciones del profesional que me realiza el tratamiento y garantizo que la información proporcionada es verdadera.

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA CLIENTE**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA PROFESIONAL**