

## 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*)

<b>DETALLES DEL PROCEDIMIENTO</b>	
<i>Esta información debe ser llenada únicamente por el responsable del centro de estética</i>	
Tipo de tratamiento:	<b>Extensión de pestañas</b>
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**