

# LASH DATA

## FICHA DEL CLIENTE

Fecha de la cita

Hora de la cita

### INFORMACIÓN DEL CLIENTE

NOMBRE COMPLETO

DIRECCIÓN

TELÉFONO

CORREO ELECTRÓNICO

¿Te has aplicado extensiones de pestañas anteriormente?  
De ser así ¿por qué las retiraste?

SI NO

¿Utilizas lentes de contacto?

SI NO

¿Utilizas lentes o gafas?

SI NO

¿Presentas irritación, ardor o te lloran los ojos frecuentemente?

SI NO

¿Te han realizado cirugía al rededor de los ojos en los últimos 6 meses?

SI NO

Las extensiones de pestañas requieren cinta médica y adhesivos que contienen acrílico o látex.

¿Presentas alergia al látex?

SI NO

¿Presentas alergia al acrílico?

SI NO



*Ojos de gato*  
EXTENSIONES DE PESTAÑAS

# LASH DATA

## FICHA DEL CLIENTE

POR FAVOR, MARCA SI PADECES ALGUNA DE LAS SIGUIENTE OPCIONES:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cirugía de ojos   | <input type="checkbox"/> Desbalance hormonal  |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad o heridas en los ojos                            | <input type="checkbox"/> Enfermedad severa o herida reciente  |
| <input type="checkbox"/> Ojos secos  | <input type="checkbox"/> Embarazo o parto reciente  |
| <input type="checkbox"/> Alergias Estacionales                                       | <input type="checkbox"/> Nueva o reciente prescripción de anticonceptivos orales  |
| <input type="checkbox"/> Infección de ojos   | <input type="checkbox"/> Tipos de condiciones médicas que puedan contribuir a la pérdida de cabello o pestañas: hipertiroidismo, alopecia, lupus, diabetes, etc.  |
| <input type="checkbox"/> Maquillaje de ojos permanente                               | <input type="checkbox"/> Deficiencias vitamínicas o minerales que puedan contribuir a la pérdida de cabello o pestañas: A, F, B, Selenio, Zinc, Hierro.   |
| <input type="checkbox"/> Blefaroplastia  | <input type="checkbox"/> Tricholomanía (desorden de caída del cabello)  |
| <input type="checkbox"/> Blefaritis (inflamación de párpados)                        | <input type="checkbox"/> Medicamentos que puedan contribuir a la caída de cabello o pestañas: agentes quimioterapéuticos usados en el tratamiento de cáncer, anticoagulantes, bloqueadores beta (para controlar la presión) |
| <input type="checkbox"/> Alergia al adhesivo de cinta médica o curitas               |   |
| <input type="checkbox"/> Alergia al adhesivo de cianoacrilato (pegamento quirúrgico) |   |
| <input type="checkbox"/> Hipersensibilidad al formaldehído                           |   |
| <input type="checkbox"/> Retinoide utilizado para tratar acné y problemas de la piel |   |

Deja un comentario, si padeces alguna otra enfermedad o alergia que no se menciona en esta ficha. O bien si estás ingiriendo algún tratamiento especial.

---

---

---

---

NOMBRE DEL CLIENTE

---



*Ojos de gato*  
EXTENSIONES DE PESTAÑAS