

Hoja Clínica de Pestañas

Nombre del cliente: _____

Domicilio o residencia: _____

HABITOS

Grueso ☐ Moderado ☐ Delgado ☐

Alcohol

Diario ☐ Ocasional ☐ Semanal ☐

ALIMENTACIÓN

Grueso ☐ Moderado ☐ Delgado ☐

REALIZAS EJERCICIO: SI ☐ NO ☐

En caso de decir que sí, ¿Qué deportes practicas

Correr ☐ Pesas ☐ Spinning ☐ Natación ☐ Boxeo ☐ Crossfit ☐

Otro (Especificar) _____

Cuantas veces a la semana: 6 días ☐ 5 días ☐ 4 días ☐ 3 días ☐ 2 días ☐ 1 día ☐

ENFERMEDADES CRONICAS

Diabetes ☐ Cáncer ☐ Epilepsia ☐ Enfermedades del corazón ☐ Hipertensión ☐ VIH ☐

Asma ☐ Hepatitis ☐ Herpes ☐ Hemofilia ☐

Otro (Especificar) _____

ENFERMEDADES DE LA PIEL

Cáncer de la piel ☐ Eczema ☐ Psoriasis ☐ Acné ☐ Dermatitis atópica ☐ Alopecia ☐

Urticaria ☐ Dermatitis seborreica ☐ Hiperhidrosis ☐ Vitíligo ☐

AREA DE LOS OJOS

¿Hay alguna inflamación o una dolencia en sus ojos? SI ☐ NO ☐

¿Tiene alguna infección en los ojos? SI ☐ NO ☐

¿Es sensible en el área de parpados y ojos? SI ☐ NO ☐

¿Sufre de ojos seco? SI ☐ NO ☐

¿Usa lentes de contacto? SI ☐ NO ☐

¿Ressequedad en los ojos? SI ☐ NO ☐

¿Conjuntivitis? SI ☐ NO ☐

¿Se ha realizado con anterioridad el servicio de Extensiones de pestañas? SI ☐ NO ☐

¿Si es SI, ha presentado incomodidad o problemas con parches? SI ☐ NO ☐

¿Alergias a Cianoacrilato (adhesivo)? SI ☐ NO ☐

¿Alergias al látex? SI ☐ NO ☐

TODOS LOS DATOS MENCIONADOS ANTERIORMENTE SON CORRECTOS

ATENTAMENTE