

CONSULTA DE CLIENTES CONFIDENCIAL

VESNA BEAUTY CLINIC

Nombre y Apellido del cliente / First and Last Name
.....

(Por favor circule) H/M
Please circle M/F

Telefono (telephone with area code).....

Dirección de Correo Electronico / e-mail

Por favor circule / Please circle

- a) EXTENSIONES DE PESTAÑAS / Eyelash Extensions
- b) LIFTING DE PESTAÑAS / EYELASH LIFT

Contraindicaciones (marque con un círculo todas las que correspondan)

Referencia médica:

Trastornos severos de la piel, inflamación de la piel, enfermedades infecciosas de la piel, enfermedades de los ojos, infecciones de los ojos, cirugía ocular reciente, blefaritis, enfermedad que causa sacudidas / sacudidas, quimioterapia, tricolotillomanía

Servicio Restringido / Cuidado Especial:
Epilepsia, piel sensible, cirugía ocular, infecciones de la piel, infecciones oculares, lentes de contacto, alopecia, ojos llorosos, fiebre del heno, asma, alergias

¿Alguna otra condición?

¿Actualmente está tomando algún medicamento?

- a) ¿Ha tenido extensiones de pestañas antes? / Have you had eyelash extensions before? SI/YES NO
- b) ¿Ha tenido lifting de pestañas antes? / Have you had Eyelash Lift before? SI / YES NO

¿Desea pestañas una a una, o pestañasVOLUMEN?_____

Para el uso del terapeuta solamente:
Prueba de parche completada: Sí / No Fecha y hora de la prueba de parche:
Requisitos de los clientes:
.....

Comentarios / Comments

Acuerdo:
Confirmo que según mi mejor conocimiento las respuestas que he dado arriba son correctas, y no he retenido ninguna información que pueda ser relevante para mi tratamiento de extensión o lifting de pestañas. Estoy de acuerdo en que estoy feliz de recibir el tratamiento indicado para mí, de acuerdo en seguir todos los consejos y después de la información de atención proporcionada para mí.

Firma del cliente: Fecha:
Firma del terapeuta: Fecha:

Le informamos que, de conformidad con la ley organica 15 / 1999 de Protección de Datos Personales y a través de la cumplimentación del presente formulario, UD. Presta su consentimiento para el tratamiento de sus datos personales facilitados, que serán incorporados al fichero de clientes cuyas finalidades son: Control de su tratamiento. Relación comercial y envío de información sobre productos y servicios.
Igualmente le informamos que podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición establecidos en dicha ley mediante comunicación nuestro centro Vesna Beauty Clinic, Calle Alemania 1, Local 3, en El Medano, Granadilla de Abona.