

Información del Cliente | DISEÑO DE UÑAS

ESTIMADA CLIENTA, ESTIMADO CLIENTE,
DESEO INFORMARLE QUE, ANTES DE REALIZAR UNA APLICACIÓN DE UÑAS, ES IMPORTANTE TENER EN CUENTA LO SIGUIENTE:

SOBRE EL DISEÑO DE UÑAS

LAS UÑAS DE GEL SON UÑAS ARTIFICIALES QUE SE MODELAN MEDIANTE UNA TÉCNICA ESPECIAL CON GEL Y SE ENDURECEN UTILIZANDO LUZ UV.

PERMITEN LUCIR UÑAS CUIDADAS Y ATRACTIVAS DE FORMA DURADERA, Y ESTÁN DISPONIBLES EN UNA AMPLIA VARIEDAD DE DISEÑOS MODERNOS Y VERSÁTILES.

LAS APLICACIONES DE UÑAS DE GEL TIENEN MÚLTIPLES USOS: PUEDEN SER UNA EXCELENTE SOLUCIÓN PARA UÑAS FINAS, QUEBRADIZAS, DEFORMADAS O CON TENDENCIA A DESCAMARSE. TAMBIÉN PUEDEN AYUDAR A PERSONAS QUE TIENEN EL HÁBITO DE MORDERSE LAS UÑAS.

EN NUESTRO ESTUDIO UTILIZAMOS PRODUCTOS DE GEL DE ALTA CALIDAD PARA OFRECER RESULTADOS DURADEROS Y PROFESIONALES. EL USO DE MATERIALES DE PRIMERA CALIDAD NO SOLO CONTRIBUYE A OBTENER MEJORES RESULTADOS ESTÉTICOS, SINO QUE TAMBIÉN AYUDA A REDUCIR POSIBLES INCONVENIENTES Y RIESGOS PARA LA SALUD RELACIONADOS CON PRODUCTOS DE MENOR CALIDAD.

¿CÓMO SE REALIZAN LAS UÑAS DE GEL?

EL MATERIAL UTILIZADO PARA CREAR LA CAPA DE GEL DE LAS UÑAS SE CONOCE TAMBIÉN COMO ACRILATO. SE TRATA DE UN GEL PREVIAMENTE PREPARADO QUE SE APLICA SOBRE LA UÑA EN VARIAS CAPAS Y SE ENDURECE GRADUALMENTE BAJO UNA LÁMPARA UV. LA UÑA TERMINADA OBTENIDA MEDIANTE ESTA TÉCNICA DE MODELADO ES MÁS FLEXIBLE QUE UNA UÑA ACRÍLICA.

PARA QUE LAS UÑAS DE GEL DUREN MÁS TIEMPO, MANTENGAN UNA APARIENCIA ESTÉTICA Y AYUDEN A EVITAR POSIBLES LESIONES, ES IMPORTANTE REALIZAR LOS RELLENOS DE FORMA PERIÓDICA PARA COMPENSAR EL CRECIMIENTO NATURAL.

LA FRECUENCIA DEL RELLENO DEPENDE DEL CRECIMIENTO NATURAL DE CADA PERSONA. EN PROMEDIO, SE RECOMIENDA REALIZAR EL MANTENIMIENTO CADA TRES A CINCO SEMANAS.

LAS UÑAS DE GEL PUEDEN LLEVARSE DURANTE UN PERÍODO MUY PROLONGADO. PARA ELLO, SON FUNDAMENTALES UNA APLICACIÓN PROFESIONAL, LOS RELLENOS REGULARES Y EL CUIDADO ADECUADO DE LAS MANOS.

DATOS DEL CLIENTE

CLIENTE	DIRECCIÓN
APELLIDOS	C.P / LUGAR
NOMBRE	TELÉFONO
FECHA NACIMIENTO	CELULAR NR.
CORREO ELECTRÓNICO	

CUESTIONARIO DE ANAMNESIS

POR FAVOR, COMPLETE ESTE FORMULARIO Y PROPORCIONE TODA LA INFORMACIÓN CON LA MAYOR PRECISIÓN POSIBLE. ESTO AYUDA A NUESTRO EQUIPO A SELECCIONAR EL TRATAMIENTO ESTÉTICO MÁS ADECUADO PARA USTED Y A MINIMIZAR POSIBLES RIESGOS O COMPLICACIONES.

¿SE HA SOMETIDO ANTERIORMENTE A UNA EXTENSIÓN DE UÑAS O A ALGÚN OTRO TRATAMIENTO DE UÑAS? SI NO

EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUÁL?

¿TIENE ALERGIAS A DETERMINADOS PRODUCTOS O INGREDIENTES PARA UÑAS? SI NO

¿HA LLEVADO UÑAS ARTIFICIALES O ESMALTES QUE HAYAN SIDO DIFÍCILES DE RETIRAR? SI NO

¿HA TENIDO EXPERIENCIAS NEGATIVAS CON ALGÚN TRATAMIENTO DE UÑAS EN EL PASADO? SI NO

¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD (POR EJEMPLO, DIABETES) QUE PUEDA AFECTAR LA SALUD DE SUS UÑAS? SI NO

¿HA TENIDO ALGUNA VEZ INFECCIONES POR HONGOS EN LAS UÑAS? SI NO

¿HA SUFRIDO ALGUNA LESIÓN EN LAS UÑAS? SI NO

¿ESTÁ TOMANDO ACTUALMENTE MEDICAMENTOS QUE PUEDAN AFECTAR EL CRECIMIENTO O LA SALUD DE SUS UÑAS? SI NO

EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUÁLES?

¿HA TENIDO ACTUALMENTE O EN EL PASADO ALGÚN OTRO PROBLEMA RELACIONADO CON SUS UÑAS? SI NO

EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUÁL?

¿ESTÁ EMBARAZADA O EN PERÍODO DE LACTANCIA ACTUALMENTE? SI NO

¿TIENE ALGUNA SOLICITUD ESPECIAL O

REQUISITOS ESPECÍFICOS PARA EL TRATAMIENTO DE UÑAS?

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

CON MI FIRMA, CONFIRMO QUE HE LEÍDO Y COMPRENDIDO COMPLETAMENTE LA INFORMACIÓN SOBRE EL DISEÑO DE UÑAS. HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE REALIZAR PREGUNTAS SOBRE EL PROCEDIMIENTO DEL TRATAMIENTO, LOS RESULTADOS ESPERADOS Y LAS POSIBLES COMPLICACIONES.

ENTIENDO QUE LA FALTA DE COLABORACIÓN POR MI PARTE PUEDE AFECTAR EL RESULTADO FINAL. TAMBIÉN SE ME HA EXPLICADO QUE LOS RESULTADOS PUEDEN VARIAR DE UNA PERSONA A OTRA Y QUE SON ALTAMENTE INDIVIDUALES. HE SIDO INFORMADO(A) SOBRE LAS CONTRAINDICACIONES Y LAS MEDIDAS DE PRECAUCIÓN QUE PODRÍAN IMPEDIR LA REALIZACIÓN DE UN TRATAMIENTO DE DISEÑO DE UÑAS.

ASIMISMO, COMPRENDO QUE LOS RESULTADOS SON VISIBLES INMEDIATAMENTE DESPUÉS DEL TRATAMIENTO. HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE FORMULAR AL ASESOR TODAS LAS PREGUNTAS RELACIONADAS CON EL SERVICIO PROPUESTO.

CON MI FIRMA, CONFIRMO QUE HE COMPLETADO ESTE FORMULARIO DE BUENA FE Y SEGÚN MI LEAL SABER Y ENTENDER, Y QUE TODA LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES CORRECTA.

FECHA

FIRMA DEL CLIENTE