

## INFORMACIÓN PERSONAL

Cliente .....	Dirección postal .....
Tratamiento (señor/señora) .....	Casa / Apartamento .....
Nombre .....	Calle/Número de casa .....
Apellido .....	Número móvil .....
Fecha de Nacimiento .....	Correo electrónico .....

## INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Estimado(a) cliente,

Por favor tenga en cuenta la siguiente información sobre las extensiones de pestañas:

Las extensiones de pestañas consisten en la aplicación de pestañas artificiales sobre sus pestañas naturales, con el objetivo de crear una mirada más intensa y acentuar la expresión natural de los ojos. Antes del tratamiento, es necesaria una consulta en la cual se realizará un análisis de los ojos y pestañas para adaptar el diseño a sus preferencias. La duración del tratamiento puede variar según las necesidades individuales de cada cliente.

Las técnicas más comunes son la extensión de pestañas natural (1D) y la técnica de volumen (2D-10D). En la técnica 1D, se aplica una pestaña artificial sobre cada pestaña natural. En la técnica de volumen, se aplican varias pestañas artificiales a cada pestaña natural (ejemplo, 2D—dos extensiones por pestaña natural). También es posible alargar solo cada segunda o tercera pestaña natural. Existe la opción de densificar las pestañas naturales sin alargarlas, aplicando pestañas artificiales del mismo largo. Las extensiones varían en grosor, largo, color y curvatura. El grosor de las pestañas varía de 0,03 mm a 0,25 mm, y se selecciona de acuerdo con el grosor de sus pestañas naturales.

### Cuidado posterior al tratamiento

Después de la colocación de las extensiones de pestañas, no deben entrar en contacto con líquidos, jabones, grasas o aceites durante las primeras 48 horas, ya que esto puede afectar la adherencia del pegamento, provocando que las extensiones se caigan prematuramente. Durante este tiempo, se recomienda no lavar la cara, evitar ducharse o bañarse en la zona de los ojos, ser cauteloso al usar lentes de contacto, evitar llorar o sudar en exceso. También se debe evitar el uso de sombras o máscaras de pestañas. En general, frotarse los ojos con frecuencia o dormir boca abajo puede acelerar la caída de las extensiones.

### Protección de datos

La protección de sus datos personales es importante para nosotros. Según el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) de la UE, estamos obligados a informarle sobre el propósito por el cual recopilamos y almacenamos sus datos. Esto incluye el derecho a acceder a sus datos almacenados, corregirlos o eliminarlos en cualquier momento. Para consultas adicionales sobre el manejo de datos personales, no dude en contactarnos. Responsable del tratamiento de datos:

Anna Franz  
Teléfono: 017632454593  
www.annabeauty.academy

**LISTA DE VERIFICACIÓN**

Por favor complete este formulario y proporcione toda la información posible. Esto ayudará a nuestros empleados a elegir el mejor tipo de extensiones de pestañas para usted y a minimizar los riesgos o complicaciones.

- ¿Tiene ojos sensibles? ..... Sí No
- ¿Ha experimentado alguna reacción alérgica a cosméticos o productos de cuidado de la piel? ..... Sí No
- ¿Ha realizado algún procedimiento cosmético en sus ojos (como cirugía de párpados)? ..... Sí No
- ¿Ha tenido irritación o inflamación ocular en el pasado? ..... Sí No
- ¿Se ha realizado en el pasado algún procedimiento cosmético en los ojos (por ejemplo, cirugía de párpados)? ..... Sí No
- ¿Está embarazada o amamantando? ..... Sí No
- ¿Usa lentes de contacto o gafas habitualmente? ..... Sí No

**Características faciales**

- Posición de las cejas: ..... baja media alta
- Distancia entre los ojos: ..... juntos normal separados
- Forma de los ojos: ..... redonda almendrada estrecha
- Ángulo de las esquinas de los ojos: ..... caídas intermedio ascendentes
- Profundidad de los ojos: ..... hundidos normal salientes
- Párpados caídos: ..... Sí No

**Características de las pestañas**

- Longitud de las pestañas: ..... corta media larga
- Grosor de las pestañas: ..... gruesas normales finas debiles dañadas curvadas rectas
- Curvatura de las pestañas: ..... crecimiento hacia abajo crecimiento hacia arriba
- Color de las pestañas: ..... rubio castaño claro pelirrojo negro

¿Qué resultados espera obtener con la extensión de pestañas? .....

¿Durante cuánto tiempo planea usar las extensiones de pestañas? .....

¿Tiene otras preguntas o inquietudes sobre las extensiones de pestañas? .....

**CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO**

Con mi firma, confirmo que he leído y comprendido toda la información sobre las extensiones de pestañas. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el procedimiento, los resultados esperados y las posibles complicaciones. Soy consciente de que la falta de cooperación podría afectar el resultado del tratamiento. Entiendo que los resultados pueden variar de persona a persona y que la duración del efecto también es individual. Me han informado sobre las contraindicaciones y precauciones que podrían impedir que se me aplique el tratamiento. Además, soy consciente de que los resultados serán visibles de inmediato después del tratamiento.

Fecha .....

Firma del cliente .....