

Plantilla básica de ficha clínica para extensiones de pestañas

Datos personales:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Teléfono: _____ Correo: _____

Historial de salud:

Alergias: _____

Uso de lentes de contacto: _____ Cirugías oculares: _____

Embarazo/lactancia: _____ Medicamentos actuales: _____

Consentimiento:

Declaro haber sido informada de los riesgos y beneficios del procedimiento.

Firma y fecha.

Detalles del servicio:

Técnica aplicada: _____ Curvatura: ____ Grosor: ____ Longitud: _____

Marca del adhesivo: _____ Observaciones de la técnica: _____

Seguimiento:

Fecha de retoque sugerida: _____

Reacciones posteriores reportadas: _____

***Puedes adaptar esta estructura en papel o, mejor aún, digitalizarla para que quede vinculada automáticamente al perfil de cada cliente.*