

# XXL LASHES

## Hoja de datos del cliente

Nombre	Apellidos
Dirección	Teléfono
Email	Fecha de nacimiento

1. ¿Actualmente está en tratamiento médico o toma alguna medicación?      Sí       No
2. ¿Tiende a tener reacciones de tipo alérgico?      Sí       No
3. ¿Es sensible a ciertos productos?      Sí       No
4. ¿Tiene alergia a adhesivos, tiras adhesivas o tiritas?      Sí       No
5. ¿Es sensible en la zona de los ojos o párpados?      Sí       No
6. ¿Tiene una inflamación o enfermedad en la zona de los ojos?      Sí       No
7. ¿Sufre de dermatitis o exzemas?      Sí       No
8. ¿Cuál es el resultado del test de sensibilidad? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Certifico que la información dada es correcta. He entendido que la estilista se basa en ésta y que, por ello, realizará una aplicación segura y eficaz. Asumo la responsabilidad de la información dada y la no dada.

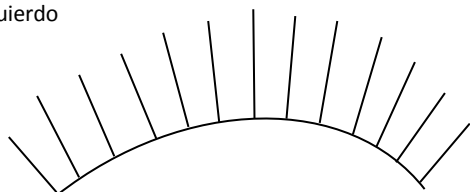
\_\_\_\_\_  
Fecha / Firma cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha / Firma estilista

## Protocolo de aplicación - materiales empleados:

Pestañas	Rizo:	Largo:	Diámetro:	Pads /Tape / Cleanser
Adhesivo:	Look deseado:			
Zeitdauer:	Coste:	Fecha:	Firma:	

Ojo izquierdo



Ojo derecho

