



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA EXTENSIONES DE PESTAÑA

Acepto que extensiones de pestañas sean aplicadas y / o eliminadas de mis pestañas. Antes de que mi técnico calificado en pestañas profesionales pueda realizar este procedimiento, entiendo que debo completar este acuerdo y dar mi consentimiento firmado y fechado este formulario de consentimiento, donde se indica a continuación.

Las siguientes condiciones pueden determinar que no es apto para recibir la aplicación de pestañas.

CONDICIÓN	REACCIONES ADVERSAS	LO PADEZCO	NO LO PADEZCO
Alergia a los adhesivos.	En las extensiones de pestañas se utilizan pegamento, parches, geles, lo que puede provocar una reacción alérgica.		
Quimioterapia	El medicamento provoca pérdida de pelo, además de la posible reacción alérgica al adhesivo.		
Medicamento para la tiroides	Las extensiones no duraran por efecto secundario del medicamento.		
Cirugía láser (Corrección de vista.	Los ojos pueden continuar sensibles a los elementos necesarios para la correcta colocación de las pestañas.		
Lentes de contacto	El adhesivo pudiera entrar entre el lente de contacto y el ojo provocando quemaduras y rozamiento. (Se deben retirar los lentes de contacto antes de cada aplicación)		
Cabello y piel extremadamente grasosa	Las grasas naturales del cuerpo deshacen el adhesivo lo que provoca la caída de la extensión.		

Estoy de acuerdo con lo siguiente:

Entiendo que hay riesgos asociados con la aplicación y / o eliminación de pestañas artificiales de mis pestañas naturales.

Entiendo que las extensiones de pestañas se aplicarán a las pestañas naturales según lo determine el técnico para no crear un peso excesivo en las pestañas naturales,

preservando así la salud, el crecimiento y el aspecto natural de las pestañas naturales del cliente.

Entiendo que como parte del procedimiento puede llegar a existir irritación ocular, dolor ocular, comezón en los ojos, malestar, y en casos excepcionales infección ocular.

Entiendo y acepto que si experimento alguno de estos problemas con mis pestañas, me pondré en contacto con mi técnico y retiraré las pestañas y consultare a un médico por mi cuenta.

Entiendo que aunque el técnico puede aplicar y quitar las pestañas correctamente, los materiales adhesivos pueden alojarse durante o después del procedimiento, lo que puede irritar mis ojos o requerir más cuidados de seguimiento.

Entiendo y acepto seguir las instrucciones de cuidado posterior provistas por mi técnico. El incumplimiento de las instrucciones de cuidado posterior puede hacer que las extensiones de las pestañas se caigan.

Entiendo que para que las extensiones de pestañas se apliquen a mis pestañas, tendré que mantener los ojos cerrados durante 60-180 minutos durante el procedimiento. También entiendo que tendré que estar acostada en posición reclinada. Cualquier condición médica que pueda agravarse al permanecer inmóvil durante un periodo prolongado de tiempo y que puede significar que no pueda realizar el procedimiento de mis ojos.

Este acuerdo permanecerá vigente para el procedimiento y todos los procedimientos futuros realizados por mi técnico por un año a partir de la fecha de este formulario firmado. Entiendo que este acuerdo es vinculante y que he leído y entiendo completamente toda la información mencionada anteriormente. Yo represento que tengo más de 18 años. Si es menor de 18 años un padre o tutor también debe firmar este formulario.

Firma del cliente: _____

Nombre del cliente: _____

Firma y nombre del padre o tutor en caso de ser menor de edad:

Fecha: _____