

Eyelash Extension

FORMULARIO DE CONSULTA

¿Cómo se enteró de nosotros?

¿Alguna vez te han aplicado extensiones de pestañas? Sí/No

Las extensiones de pestañas requieren cinta médica y adhesivos que pueden contener acrílico o látex y NO tengo alergia. Sí/ No

¿Tiene alguna alergia conocida? Sí /No

¿Tiene irritación ocular frecuente, picazón o lagrimeo? Sí No

¿Se ha sometido a una cirugía ocular dentro o alrededor de los ojos en los últimos seis meses? Sí/No

¿Usas lentes de contacto? Sí/No

Por favor circule cualquiera de los siguientes que puedan aplicarse a usted:

Trastornos de la Alimentación o Mala Nutrición | Parto reciente (120 días) | Quimioterapia | Estrés extremo | Alergias | Ojos secos | Hipersensibilidad | Enfermedad de la tiroides | Desequilibrio hormonal | Infección ocular o Condición

Los medicamentos pueden causar la pérdida prematura de las pestañas, lo que lleva a la insatisfacción con ellas servicio. Informe a su profesional de pestañas si está tomando algunos medicamentos para reducir el colesterol, Medicamentos derivados de la vitamina A, Medicamentos para el Parkinson Anticonvulsivos (epilepsia), Medicamentos para las úlceras, Antidepresivos, Anticoagulantes Betabloqueantes para la hipertensión arterial, Antiartríticos Anticoagulantes

¿Tiene alguna pregunta o inquietud con respecto a su cita de pestañas de hoy?

For Professional Use:

Date of first application: ___/ ___/ ___

Lash Lengths Used: _____

Number Applied: _____

Touch Up Date: ___/ ___/ ___

#of Lashes Remaining: _____

Number Reapplied:

English Version

CONSULTATION FORM How did you hear about us?

Have you ever had eyelash extensions applied? Yes/ No

Eyelash extensions require medical tape and adhesives that may contain acrylic or latex and I am NOT allergic.

Yes/ No

Do you have any known allergies? Yes/ No Do you have frequent eye irritation, itching, or watering eyes? Yes/ No

Have you had eye surgery in or around your eyes in the last six months? Yes/ No

Do you wear contact lenses? Yes/ No

Please circle any of the following that might apply to you:

Eating Disorders or Poor Nutrition | Recent Childbirth (120 days) | Chemotherapy | Extreme Stress | Allergies | Dry Eyes | Hypersensitivity | Thyroid Disease | Hormonal Imbalance | Eye Infection or Condition

The following drugs may cause premature lash loss, leading to dissatisfaction with your lash service. Please advise your lash professional if you are taking any of the following: Cholesterol Lowering Drugs Drugs Derived from Vitamin A Parkinson's Medications Anticonvulsants (Epilepsy) Ulcer Drugs Antidepressants Anticoagulants Beta Blockers for HBP Anti-arthritis Blood Thinners

Do you have any questions or concerns regarding your lash appointment today?

For Professional Use: Date of first application: ___/___/___ Lash Lengths Used: _____ Number Applied: _____
Touch Up Date: ___/___/___ #of Lashes Remaining: _____ Number Reapplied: _____