Ficha de cliente

ESTÉTICA · UÑAS · PESTAÑAS · CEJAS

DATOS PERSONALES

Apellidos _____ Nombre _____

Fecha de nacimiento _____ Teléfono _____

E-mail _____ Dirección _____

Clienta desde _____ Recomendada por _____

PIEL Y SALUD

Tipo de piel ☐ normal ☐ seca ☐ grasa ☐ mixta ☐ sensible

Embarazo / lactancia ☐ sí ☐ no

Lentillas ☐ sí ☐ no

Alergias / intolerancias _____

Medicación _____

Enfermedades de la piel _____

Diabetes / anticoagulantes _____

PRUEBA DE ALERGIA

FECHA	PRODUCTO / LOTE	RESULTADO

RITMO DE TRATAMIENTOS

Suele venir cada … semanas _____ Próxima visita prevista aprox. _____

DESEOS Y NOTAS

CONSENTIMIENTO

Acepto que mis datos se guarden para realizar los tratamientos. Informaré al centro de cualquier cambio en mi estado de salud.

☐ Se pueden hacer fotos de antes y después para mi ficha.

Lugar, fecha _____ Firma _____

Historial de tratamientos

NOMBRE: _____

FECHA	TRATAMIENTO	PRODUCTOS / COLOR / LOTE	INTERVALO (SEMANAS)	PRÓXIMA APROX.	OBSERVACIONES	PRECIO