

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

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: _____

[illegible]