



## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA EXTENSIONES DE PESTAÑA

¿Te has puesto extensiones de pestañas anteriormente?      Sí                              No

¿Por qué las retiraste?

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 en 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 (cianocrilato)	En las extensiones de pestañas se utilizan adhesivo, 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) hace 6 meses o -	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. <b>(Se deben retirar los lentes de contacto antes de cada aplicación)</b>		
Cabello y piel extremadamente grasosa	Las grasas naturales del cuerpo deshacen el adhesivo lo que provoca la caída de la extensión.		
Eczemas (dermatitis en el rostro)	El adhesivo que se utiliza contiene alto contenido de formaldehído, lo cual contribuye a empeorar la dermatitis.		
Blefaritis	Podría empeorar la blefaritis, irritando o inflamando el párpado.		
Conjuntivitis	En la mayoría de los casos es contagiosa.		
Lagrimal Seco, Exceso de lágrima	Los ojos se encuentran sensibles para una colocación de extensión en las pestañas		
Tos excesiva o dolor de garganta.	Durante el proceso no podrá permanecer inmóvil, se estaría moviendo constantemente		
Proceso de lash lifting realizado hace menos de 3 meses	Las pestañas se debilitan y no es para nada recomendable aplicar extensiones, ya que podría dañar la pestaña natural.		
Uso de serum, vitaminas o presentación de periodo	Esto afectará la retención durante el proceso. Las extensiones pueden caerse incluso al terminar la aplicación.		



Estoy de acuerdo con los siguientes términos:

Entiendo los riesgos asociados con la aplicación y/o eliminación de extensiones de pestañas artificiales en mis pestañas naturales.

Acepto que las extensiones se aplicarán según la evaluación del técnico para evitar sobrecargar mis pestañas naturales, asegurando así su salud, crecimiento de la pestaña natural.

Reconozco que durante el procedimiento podría experimentar irritación ocular, dolor, comezón, malestar, e incluso en casos excepcionales, infección ocular. El estudio no se responsabiliza por las alergias que pudiera presentar, por lo cual, no hay devoluciones por cualquier pago realizado.

Entiendo y acepto que, si experimento alguno de estos problemas después de mi aplicación, contactaré a mi técnico para retirar las extensiones sin costo adicional, a menos que el problema sea causado por una condición preexistente no mencionada anteriormente (ver tabla en página 1), en cuyo caso buscaré atención médica por mi cuenta.

Reconozco que, aunque el técnico aplique y retire las extensiones correctamente, los materiales adhesivos podrían causar irritación ocular durante o después del procedimiento, requiriendo cuidados adicionales.

Acepto seguir las instrucciones de cuidado posterior proporcionadas por mi técnico, ya que el incumplimiento de estas instrucciones podría hacer que las extensiones se caigan antes de lo esperado.

Entiendo que durante la aplicación de las extensiones de pestañas debo permanecer con los ojos cerrados aproximadamente 2 o 3 horas y acostada en posición reclinada. Esto podría agravar cualquier condición médica que empeore al permanecer inmóvil por períodos prolongados, lo que podría resultar en la imposibilidad de realizar el procedimiento en mis pestañas.

Este acuerdo es válido para el procedimiento actual y todos los futuros procedimientos realizados por mi técnico hasta un año después de la fecha de este formulario firmado. Entiendo que este acuerdo es vinculante y confirmo que he leído y comprendido completamente toda la información mencionada anteriormente. Declaro que tengo más de 18 años; si no es así, un padre o tutor también debe firmar este formulario.

Acepto y autorizo la captura de videos o fotografías del proceso, que podrán utilizarse como evidencia en caso de garantías y con fines publicitarios en redes sociales de **Gloria Mendez | Lashes Cancún**. Además, confirmo que he leído y aceptado los términos y condiciones en <https://www.lashes Cancun.mx/terminos-y-condiciones>

Nombre y firma del cliente: \_\_\_\_\_

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

Fecha: \_\_\_\_\_