TWIN BROWS
Professional Microblading

Programa de Reconstrucción de Cejas

Formulario de solicitud

Este programa está dirigido a mujeres que han atravesado un tratamiento oncológico y presentan pérdida total del vello de sus cejas como consecuencia de dicho proceso.

1 DATOS PERSONALES

Nombre completo: _____

Edad: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

2 CUÉNTANOS SOBRE TU CASO

¿Qué tratamiento oncológico atravesaste y hace cuánto tiempo concluyó?

_____

_____

_____

¿La pérdida del vello de tus cejas ocurrió como consecuencia de tu tratamiento?

☐ Sí ☐ No

Actualmente, ¿presentas ausencia total de vello en ambas cejas?

☐ Sí ☐ No

¿Tienes o has tenido anteriormente tatuaje, microblading o micropigmentación en las cejas?

☐ Sí ☐ No

3 QUEREMOS CONOCER TU HISTORIA

Cuéntanos brevemente cómo ha sido este proceso para ti.

¿Qué representaría para ti volver a lucir tus cejas?

4 AUTORIZACIÓN MÉDICA

En caso de continuar con el proceso, será indispensable presentar una autorización de su médico tratante que confirme que se encuentra en condiciones adecuadas para realizarse un procedimiento de micropigmentación.

☐ **Comprendo y acepto este requisito.**

5 PRIVACIDAD DE TUS DATOS

La información de este formulario, incluida la relacionada con tu salud, se usará únicamente para evaluar tu solicitud y se tratará de forma confidencial.

☐ **Autorizo a Twin Brows a usar mis datos con este fin.**

ENVÍA TU SOLICITUD

Una vez completado este formato, envíalo vía WhatsApp al equipo de Twin Brows Professional Microblading.

WhatsApp: 871 509 0310

Cada solicitud será revisada de manera individual. El envío de este documento no garantiza la aceptación o realización del procedimiento.