

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO / CONSENT FORM

Tratamientos de Cejas / Eyebrow Treatments

Este documento tiene como objetivo informarle sobre los posibles riesgos y cuidados relacionados con los tratamientos de cejas (depilation con cera, laminado, tinte, entre otros).

This document is intended to inform you about the possible risks and aftercare related to eyebrow treatments (waxing, lamination, tint, among others).

Al colocar sus iniciales junto a cada declaración, usted confirma que ha leído, entendido y aceptado la información proporcionada.

By placing your initials next to each statement, you confirm that you have read, understood, and accepted the information provided.

Riesgos y Consideraciones Generales / Risks and General Considerations

___ Entiendo que los tratamientos de cejas tienen un riesgo inherente de irritación en la piel.
I understand that eyebrow treatments carry an inherent risk of skin irritation.

___ Entiendo que, en algunos casos, la piel puede levantarse al depilar con cera debido a sensibilidad o irritación. Esto puede ser causado por el uso de retinol, Accutane, etc.
I understand that, in some cases, skin may lift when waxing due to sensitivity or irritation. This may be caused by: use of retinol, Accutane, etc.

___ Entiendo que el laminado de cejas puede causar irritación como hormigueo o sensación de ardor durante el procedimiento.
I understand that brow lamination may cause irritation such as tingling or a burning sensation during the procedure.

___ Entiendo y acepto que, si mi piel presenta una quemadura o reacción durante el tratamiento, notificaré inmediatamente a mi especialista.
I understand and accept that if my skin experiences a burn or reaction during the treatment, I will immediately notify my specialist.

___ Entiendo y acepto que mis cejas deben permanecer secas por un mínimo de 24 horas después del tratamiento.
I understand and accept that my brows must remain dry for at least 24 hours after the treatment.

___ Entiendo que la duración del tratamiento depende de mi tipo de piel, el crecimiento del vello y los cuidados posteriores que realice.
I understand that the duration of the treatment depends on my skin type, hair growth, and aftercare routine.

___ Entiendo y acepto que mi especialista no es responsable de ninguna reacción alérgica y que, en caso de presentarse, consultaré a un médico.
I understand and accept that my specialist is not responsible for any allergic reaction, and if one occurs, I will consult a medical professional.

___ Entiendo que debo exfoliar mis cejas 24 horas antes de mi cita para eliminar piel seca.
I understand that I must exfoliate my brows 24 hours before my appointment to remove dry skin.

___ Entiendo que si cancelo o reprogramo mi cita dentro de las 48 horas previas, se me cobrará una tarifa del 50% en la tarjeta proporcionada.
I understand that if I cancel or reschedule within 48 hours of my appointment, a 50% fee will be charged to the card provided.

___ Doy mi consentimiento para que mi especialista tome y publique fotos y videos de mi tratamiento con fines profesionales y de promoción.
I give my consent for my specialist to take and publish photos and videos of my treatment for professional and promotional purposes.

Consentimiento Final / Final Consent

He leído y comprendido cada uno de los puntos anteriores. Confirmando que toda la información que he proporcionado sobre mi salud y piel es verídica. Acepto voluntariamente realizarme el tratamiento de cejas con pleno conocimiento de los riesgos y cuidados posteriores.

I have read and understood each of the above points. I confirm that all the information I have provided regarding my health and skin is true. I voluntarily agree to undergo the eyebrow treatment with full knowledge of the risks and aftercare required.

Datos de la Cliente / Client Information

Nombre completo / Full Name: _____

Teléfono / Phone: _____

Correo electrónico / Email: _____

Firmas / Signatures

Firma de la cliente / Client Signature: _____ Fecha / Date: ____ / ____ / ____

Firma del especialista / Specialist Signature: _____ Fecha / Date: ____ / ____ / ____