Nombre del estudio _____

Consentimiento para luz roja

Esto toma unos dos minutos. Tus respuestas se quedan con el salón.

Sobre ti

Tu nombre
Nombre

Apellido

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

Teléfono

Correo electrónico

Contacto de emergencia

Preguntas de salud

Responde todas las preguntas para que el salón pueda planear tu sesión según tu salud. Estas preguntas no son consejo médico, así que consulta con tu médico cualquier duda.

¿Usas algún medicamento, crema o suplemento que pueda hacer la piel más sensible a la luz, como algunos antibióticos, medicamentos para el acné o hierba de San Juan?

☐ Sí ☐ No

¿Cuáles?

¿Tienes lupus u otra condición que te haga sensible a la luz?

☐ Sí ☐ No

¿Tienes epilepsia, o alguna vez una luz intensa o intermitente te ha provocado una convulsión o una migraña?

☐ Sí ☐ No

¿Tienes alguna condición en los ojos o te operaron de los ojos en los últimos seis meses?

☐ Sí ☐ No

¿Tienes hoy una quemadura de sol, una llaga abierta, un sarpullido o un tatuaje nuevo?

☐ Sí ☐ No

¿Dónde?

¿Estás embarazada o podrías estarlo?

☐ Sí ☐ No

Lo que aceptas

Protección para los ojos
Usaré la protección para ojos que ofrece el salón, o mantendré los ojos cerrados, y no miraré directamente a las luces.

Iniciales ☐

Calor y piel
Entiendo que los paneles pueden sentirse tibios y que la piel puede quedar rosada un rato después. Avisaré al personal si mi piel se siente caliente o con comezón.

Iniciales ☐

Tiempo de la sesión
Respetaré el tiempo de sesión que el salón asigne y no me quedaré más tiempo.

Iniciales ☐

Sin promesas de salud
Entiendo que el salón no afirma que este servicio mejore mi salud, y que no sustituye la atención de mi médico.

Iniciales ☐

Detener
Puedo terminar mi sesión en cualquier momento. Me detendré y avisaré al personal de inmediato si me mareo, me siento mal, tengo demasiado calor o frío, o algo no se siente bien.

Iniciales ☐

Mis respuestas
Mis respuestas son verdaderas y completas. Le avisaré al salón antes de una sesión si mi salud o mis medicamentos cambian.

Iniciales ☐

el estudio usa tus respuestas de salud solo para hacer tu cita de forma segura y para guardar los registros que pide la ley. Nunca se usan para publicidad ni se venden. Se guardan cifradas, y cada vez que alguien del estudio las abre queda registrado.

Tu firma _____ **Fecha** _____

Nombre en letra de molde _____

Para el personal (Para el estudio)

Cama o panel

Minutos