Nombre del estudio _____

Consentimiento para bronceado en aerosol

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.

¿Alguna vez has tenido una reacción a un autobronceador, una loción bronceadora sin sol, perfumes, nueces o látex?

☐ Sí ☐ No

¿Qué pasó?

¿Tienes asma u otra condición respiratoria?

☐ Sí ☐ No

Cuéntanos más.

¿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

Ojos, labios y nariz
Durante la aplicación mantendré los ojos y la boca cerrados y usaré los protectores para ojos, filtros nasales o bálsamo labial que ofrezca el salón, y trataré de no inhalar la bruma.

Iniciales _____

No protege del sol
Entiendo que un bronceado en aerosol no protege mi piel del sol y que aun así necesito protector solar al aire libre.

Iniciales _____

Color y desvanecimiento
Entiendo que el color varía según la piel, la preparación y el cuidado, puede pasar a la ropa y las sábanas al principio, y se desvanece a medida que la piel se renueva, por lo general en una o dos semanas.

Iniciales _____

Preparación
Seguí los pasos de preparación del salón o le dije al personal qué me salté: exfoliar con anticipación y venir con la piel limpia, sin loción, desodorante ni maquillaje.

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 _____

Política de reservas
Tu depósito aparta tu cita y se descuenta del precio de tu sesión. Para cambiar o cancelar, avisa con al menos 24 horas de anticipación.

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)

Tono

☐ Claro ☐ Medio ☐ Oscuro ☐ Mezcla personalizada

Marca y lote de la solución

Horas de espera antes del primer enjuague