



### **Consentimiento de Dermaplaning**

Entiendo que Dermaplaning implica el uso de cuchilla quirúrgica para eliminar el vello fino y las capas muertas de la piel de la cara.

La naturaleza y el propósito de este tratamiento me han sido explicados y cualquier pregunta que tenga sobre el tratamiento ha sido respondida a mi entera satisfacción.

Entiendo que el tratamiento puede implicar el riesgo de complicaciones o lesiones y asumo libremente esos riesgos. Los posibles efectos secundarios del área de tratamiento pueden incluir enrojecimiento leve de la piel, irritación y sequedad. Además, pueden producirse mellas en la piel debido a la cuchilla quirúrgica afilada. El paciente será notificado y el área será tratada si es necesario. Se espera que el cabello vuelva a crecer sin punta. El cabello nuevo no aparecerá más oscuro o más denso. Sin embargo, entiendo que cualquier desequilibrio hormonal que pueda estar presente dentro de mi sistema anatómico puede alterar el patrón normal de crecimiento del cabello.

**Si una exfoliación química es parte de este tratamiento,** entiendo que la sensación y la penetración de la exfoliación mejorarán. ¿Qué puede causar irritación de la piel, molestias leves y sensibilidad, aclaración u oscurecimiento de la piel, infección, cicatrización, descamación y activación de herpes labial? Certifico que he leído todo este consentimiento y que entiendo y acepto la información provista en este formulario.

Certifico que soy un adulto competente de al menos 18 años de edad, o que, si soy menor de 18 años, entiendo que también se requerirá el consentimiento de mi padre / tutor con custodia legal antes del tratamiento. Estoy de acuerdo y adhiero a todas las precauciones y regulaciones de seguridad durante el tratamiento de la piel.

**He recibido y entiendo las recomendaciones posteriores al cuidado de la siguiente manera: no exponerse al sol durante 48 horas, hidratar según sea necesario, usar solo un limpiador suave, el ácido alfa y beta hidroxí (si lo desea) puede reanudarse 48 horas después del tratamiento. El uso de protector solar es muy recomendable después del tratamiento durante al menos los próximos 7 días. (SPF 30)**

Firma del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



## Testimonio, Foto y Video Lanzamiento

Por favor, marque una o todas de las siguientes opciones:

\_\_\_\_\_ Acepto permitir que mis fotos de tratamiento, testimonios y / o videos sean utilizados con fines promocionales. Entiendo que mi nombre y mi información de identificación NO serán utilizados.

\_\_\_\_\_ Acepto permitir que SOLO mi nombre, apellido, inicial y ocupación se adjunten a mis fotos de tratamiento, testimonios y / o videos con fines promocionales.

\_\_\_\_\_ NO Acepto permitir el uso de mis fotos de tratamiento, testimonios y / o videos con fines promocionales.

Este acuerdo reemplaza cualquier acuerdo anterior que tenga con Glow Medspa con respecto al uso de testimonios, fotos y / o videos.

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

Nombre: \_\_\_\_\_

---

Testimonio escrito sobre su experiencia en Glow Medspa