Nombre del estudio_____

Consentimiento para dermaplaning

Esto toma unos tres minutos. Tus respuestas van a tu estudio y tu esteticista las lee antes de tu tratamiento.

Sobre ti

Tu nombre
Nombre

Apellido

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

Celular

Correo electrónico

Contacto de emergencia

Tu tipo de piel

Tu piel

¿En qué te gustaría trabajar?

☐ Granitos o acné ☐ Resequedad ☐ Grasa ☐ Sensibilidad o enrojecimiento

☐ Manchas o tono disparejo ☐ Textura o poros abiertos ☐ Líneas finas

☐ Nada en particular, quiero relajarme

¿Qué usas ahora en tu piel? (limpiador, sérums, protector solar, productos con receta)

Preguntas de salud

Estas preguntas son política del propio estudio. Ayudan a tu esteticista a planear una cita segura. No son consejo médico: si tienes una duda sobre tu salud o tus medicamentos, pregúntale a tu médico.

¿Estás embarazada o amamantando?

☐ Sí ☐ No

¿Has tomado isotretinoína (Accutane u otro medicamento parecido para el acné) en los últimos 6 meses?

☐ Sí ☐ No

¿Cuándo lo dejaste?

¿Has usado retinol, un retinoide con receta (como tretinoína, adapaleno o tazaroteno) o un ácido exfoliante en tu cara en los últimos 7 días?

☐ Sí ☐ No

¿Qué producto y cuándo lo usaste por última vez?

¿Te has hecho un peeling químico, micropunción, láser, depilación con cera u otro tratamiento de la piel en tu cara en los últimos 14 días?

☐ Sí ☐ No

¿Qué tratamiento y cuándo?

¿Te has aplicado inyecciones de neuromoduladores (como Botox) o rellenos en la zona en los últimos 14 días?

☐ Sí ☐ No

¿Tienes alguna condición de la piel en o cerca de tu cara, como eczema, psoriasis, rosácea, dermatitis o una herida o sarpullido abierto?

☐ Sí ☐ No

¿Qué es?

¿Te da herpes labial (fuegos o calenturas)?

☐ Sí ☐ No

¿Cuándo fue el último?

¿La zona está quemada por el sol, o la has bronceado (sol, cama de bronceado o autobronceador) en los últimos días?

☐ Sí ☐ No

¿Tienes alergia o sensibilidad a algún ingrediente para la piel, perfume, nueces, látex o aspirina?

☐ Sí ☐ No

¿A cuáles y qué te pasó?

¿Tomas algún medicamento que vuelva tu piel sensible al sol, como algunos antibióticos o medicamentos para el acné?

☐ Sí ☐ No

¿Cuáles?

¿Tienes un brote de acné activo, acné quístico o granos abultados en la cara en este momento?

☐ Sí ☐ No

¿Tomas anticoagulantes, o aspirina, ibuprofeno o aceite de pescado con frecuencia?

☐ Sí ☐ No

¿Cuáles?

¿Algo más sobre tu salud que deba saber tu esteticista?

Lo que aceptas

Qué esperar
El dermaplaning usa una navaja estéril de un solo uso, sostenida en ángulo, para quitar el vello fino de la cara y la capa superior de piel muerta. No duele para la mayoría de las personas. El vello vuelve a crecer en las semanas siguientes.

Iniciales

Riesgos
El dermaplaning puede causar enrojecimiento, sensibilidad, pequeños cortes, granitos y, en raras ocasiones, infección. Si mi piel reacciona, me comunicaré con el estudio, y con mi médico si es una duda médica.

Iniciales

Resultados
Los resultados varían de una persona a otra y de una visita a otra. El estudio no promete ningún resultado en particular ni un número de visitas.

Iniciales

El sol después del tratamiento
Mi piel es más sensible al sol después de este tratamiento. Seguiré los pasos de cuidado del sol del estudio, incluido el protector solar diario.

Iniciales

Mis respuestas
Respondí las preguntas de salud con la verdad. Le avisaré a mi esteticista antes de mi cita si algo cambia.

Iniciales

Detenerse

Puedo pedirle a mi esteticista que se detenga en cualquier momento, y mi esteticista puede detener o cambiar el servicio si mi piel reacciona.

Iniciales _____

Política de citas

Avisa al estudio con al menos 24 horas de anticipación para cambiar o cancelar tu cita. Si llegas tarde, tu cita puede ser más corta para que el siguiente cliente empiece a tiempo.

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 _____

Solo para el estudio (Para el estudio)

Notas del tratamiento

_____

_____

_____

Navaja

☐ Navaja #10 ☐ Navaja #14 ☐ Otra

Zonas tratadas

☐ Frente ☐ Mejillas ☐ Nariz ☐ Bigote ☐ Barbilla ☐ Mandíbula ☐ Cuello

Combinado con

☐ Nada ☐ Enzima o mascarilla ☐ Un peeling (anótalo también en el formulario de peeling)

☐ Un facial

Lote de la navaja

_____

_____

_____

Esta es una plantilla e información general, no asesoría legal. Las reglas cambian según el estado y a veces según el condado, así que confírmalas con la junta de tu estado antes de usarla.

Fotos de antes y después

Adjunta una copia a este formulario

Esta es una plantilla e información general, no asesoría legal. Las reglas cambian según el estado y a veces según el condado, así que confírmalas con la junta de tu estado antes de usarla.