

Formulario de consentimiento

Pestañas y cejas

Nombre del negocio

DETALLES DEL CLIENTE

Nombre completo

Número de teléfono

Correo electrónico

Fecha de nacimiento

CONFIRMO QUE

- ☐ He informado al técnico sobre condiciones oculares, alergias y lentes de contacto.
- ☐ Se me recomendó una prueba de parche antes de teñir o decolorar.
- ☐ Mantendré los ojos cerrados durante el procedimiento y diré si siento alguna incomodidad.
- ☐ He recibido y entendido el consejo de cuidado posterior.

Acepto que se tomen fotos del resultado para mi registro: ☐ Sí ☐ No

Acepto que el negocio conserve la información en este formulario para brindar el servicio y durante el tiempo que la ley lo requiera. Puedo solicitar ver, corregir o eliminar mis datos en cualquier momento.

Firma del cliente

Firma del especialista

Fecha