

Formulario de consentimiento

Cuidado de la piel y tratamientos faciales

Nombre del negocio

DETALLES DEL CLIENTE

Nombre completo

Número de teléfono

Correo electrónico

Fecha de nacimiento

CONFIRMO QUE

- ☐ He compartido información precisa sobre mi salud, medicación y piel.
- ☐ Entiendo que puede aparecer enrojecimiento o sensibilidad después de algunos tratamientos.
- ☐ Seguiré el consejo de cuidado posterior, incluyendo protección solar.

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