

Formulario de consentimiento

Tatuajes y maquillaje permanente

Nombre del negocio

DETALLES DEL CLIENTE

Nombre completo

Número de teléfono

Correo electrónico

Fecha de nacimiento

CONFIRMO QUE

- ☐ Soy mayor de edad para recibir este procedimiento en mi país.
- ☐ He informado al artista sobre condiciones de salud, medicación y alergias.
- ☐ Entiendo que el resultado es duradero y que la eliminación puede ser difícil.
- ☐ Entiendo el proceso de curación y seguiré 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