



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 New Look Houston con respecto al uso de testimonios, fotos y / o videos.

FIRMADO: _____ Fecha: _____

Nombre: _____

Testimonio escrito sobre su experiencia en New Look Houston