

# COVID-19 Salon Service Consent Form

## COVID-19 Formulario de Consentimiento para Servicios de Salón



By submitting this form, you agree to have hair, skin, or body services during the pandemic.  
Al enviar este formulario, aceptas recibir servicios capilares, cutáneos o corporales durante la pandemia.

Client Name/ : ..... DOB/ : .....  
Nombre de cliente Fecha de nacimiento  
Email address/ : ..... Phone #/ : .....  
Correo electrónico # de teléfono

By checking the boxes, you confirm that you agree with the following statements:  
Al marcar las casillas, confirma que está de acuerdo con las siguientes afirmaciones:

- ☐ I understand that I have a risk of contracting the virus during service.  
Entiendo que corro el riesgo de contraer el virus durante el servicio.
- ☐ I agree to obey the rules of the salon during my appointment in order to minimize the spread of viruses.  
Me comprometo a respetar las normas del salón durante mi cita para minimizar la propagación de virus.
- ☐ I confirm that I have not been diagnosed with COVID-19 last 14 days.  
Confirmando que no he sido diagnosticado con COVID-19 en los últimos 14 días.
- ☐ I verify that I am not waiting for laboratory test results for COVID-19.  
Confirmando que no estoy esperando los resultados de las pruebas de laboratorio de COVID-19.

Do you have any of these symptoms:

Cough, Shortness of breath, High fever, Muscle pain, Body ache, Nausea, Loss of taste/smell?

Tiene alguno de estos síntomas:

Tos, Dificultad para respirar, Fiebre alta, Dolor muscular, Dolor de cuerpo, Náuseas, Pérdida de gusto/olfato

☐ Yes/Si ☐ No

Within 14 days, have you been in contact with anyone that has COVID-19 symptoms or is infected?

En los últimos 14 días, ¿ha estado en contacto con alguien que tenga síntomas de COVID-19 o esté infectado?

☐ Yes/Si ☐ No

Are you living with anyone that is infected or quarantined due to COVID-19?

¿Convive con alguien infectado o en cuarentena por COVID-19?

☐ Yes/Si ☐ No

I agree not to visit the salon for any of the services provided if I have symptoms of COVID-19. I acknowledge that the information I have given in this consent form is accurate and complete.

Me comprometo a no acudir al salón para ninguno de los servicios prestados si tengo síntomas de COVID-19.

Reconozco que la información que he dado en este formulario de consentimiento es exacta y completa.

By signing below, I confirm that I understand and agree to all terms and statements in this form.

Al firmar abajo, confirmo que entiendo y acepto todos los términos y declaraciones de este formulario.

Signature/ : ..... Date/ : .....  
Firma Fecha