

DIANA'S BROW OBSESSION

Saline Lifting Consent Form

Formulario de Consentimiento de Levantamiento Salino



Initials/..... I agree that I am over the age of 18, am NOT under the influence of alcohol or drugs, NOT pregnant or breastfeeding, and mentally capable of contracting in my own name.
Iniciales..... Estoy de acuerdo en que soy mayor de 18 años, NO estoy bajo la influencia del alcohol o las drogas, NO estoy embarazada o amamantando, y mentalmente capaz de contraer en mi propio nombre.

Initials/..... I currently have an unwanted tattoo.
Iniciales..... Actualmente tengo un tatuaje no deseado.

Initials/..... The unwanted tattoo is located on (area of my body):
Iniciales..... El tatuaje no deseado se encuentra en (área de mi cuerpo):

Initials/..... This area was last tattooed on (date) by (name of technician/facility):
Iniciales..... Esta área fue tatuada por última vez el (fecha) por (nombre del técnico/instalación):

Initials/..... I would like my technician to (check one)..... Remove the tattoo if possible,
..... Partially remove the tattoo,
..... Lighten the tattoo.
Iniciales..... Me gustaría que mi técnico (comprobar uno)..... Remove el tatuaje si es posible,
..... Partially quitar el tatuaje,
..... Lighten el tatuaje.

Initials/..... I understand that several treatments WILL be needed in order to attempt to achieve my desired results. I understand that results may vary per client and there are no guarantees as to the results of this treatment.
Iniciales..... Entiendo que se NECESITARÁN varios tratamientos para intentar lograr los resultados deseados. Entiendo que los resultados pueden variar según el cliente y no hay garantías en cuanto a los resultados de este tratamiento.

Initials/..... I understand that the unwanted pigment/tattoo may not be successfully removed, and in rare cases that permanent scarring can result in an attempt to remove the pigment, as well as possible hyper-pigmentation, hypopigmentation, or other damage to the skin, which may be permanent.
Iniciales..... Entiendo que el pigmento/tatuaje no deseado puede no ser eliminado con éxito, y en casos raros que la cicatrización permanente puede resultar en un intento de eliminar el pigmento, así como la posible hiperpigmentación, hipopigmentación, u otro daño a la piel, que puede ser permanente.

Initials/..... I understand that there are alternative treatments to remove/lighten pigment and I have decided to move forward with the saline removal/lightening treatment.
Iniciales..... Entiendo que hay tratamientos alternativos para eliminar/aclarar el pigmento y he decidido seguir adelante con el tratamiento de eliminación de solución salina/aclaramiento.

Initials/..... I elect to receive this procedure from "DIANA'S BROW OBSESSION" knowing all of the benefits, risks, contraindications and potential complications and will not hold the technician nor the above named company in which I am voluntarily seeking services from liable for any damages that may occur to my skin.
Iniciales..... Elijo recibir este procedimiento de "DIANA'S BROW OBSESSION" conociendo todos los beneficios, riesgos, contraindicaciones y posibles complicaciones y no haré responsable al técnico ni a la empresa mencionada anteriormente en la que estoy buscando voluntariamente servicios por cualquier daño que pueda ocurrir en mi piel.

Initials/..... I agree that before/after photographs will be taken and kept in my file, as well as used for promotion and marketing materials.
Iniciales..... Estoy de acuerdo en que las fotografías de antes/después se tomarán y mantendrán en mi archivo, así como se utilizarán para materiales de promoción y marketing.

Initials/..... I agree to follow all aftercare instructions.
Iniciales..... Estoy de acuerdo en seguir todas las instrucciones de cuidado posterior.

Initials/..... I agree that there is a NO REFUNDS/NO EXCEPTIONS policy for this procedure and payment is required for services performed and not contingent upon results.
Iniciales..... Estoy de acuerdo en que hay una política de NO REEMBOLSOS /NO EXCEPCIONES para este procedimiento y se requiere el pago por los servicios realizados y no depende de los resultados.

By signing below, you agree to the following:

I understand this agreement is binding and that I have read and fully understand all information listed above. I represent that I am over the age of 18 or if under the age of 18, I have a parent and/or guardian signature below and that he/she consents to this procedure under these terms. I have completed this form to the best of my ability and knowledge and agree to inquire about questions I may have before "DIANA'S BROW OBSESSION" begins performing the procedure. I have been informed of and understand the contraindications to the requested treatments and agree that I do not have any condition(s) that would make the requested treatment unsuitable. I will inform my technician of any discomfort I may experience during the requested treatment to allow them to adjust accordingly. I agree to waive all liabilities toward my technician and "DIANA'S BROW OBSESSION" for any injury or damages incurred due to any misrepresentation of my health history.

Al firmar a continuación, usted acepta lo siguiente:

Entiendo que este acuerdo es vinculante y que he leído y entiendo completamente toda la información enumerada anteriormente. Declaro que soy mayor de 18 años o si es menor de 18 años, tengo una firma de padre y/o tutor a continuación y que él/ella consiente a este procedimiento bajo estos términos. He completado este formulario lo mejor que he podido y conocimiento y acepto preguntar sobre las preguntas que pueda tener antes "DIANA'S BROW OBSESSION" comienza a realizar el procedimiento. He sido informado y entiendo las contraindicaciones para los tratamientos solicitados y estoy de acuerdo en que no tengo ninguna condición (s) que haría que el tratamiento solicitado no sea adecuado. Informaré a mi técnico de cualquier molestia que pueda experimentar durante el tratamiento solicitado para permitirles ajustarse en consecuencia. Acepto renunciar a todas las responsabilidades hacia mi técnico y "DIANA'S BROW OBSESSION" por cualquier lesión o daño incurrido debido a cualquier tergiversación de mi historial de salud.

Signature/
Firma :

Date/
Fecha :