

## FORMA DE CONSENTIMIENTO DE EXTENSIONES DE PESTAÑAS

**Tratamiento: Sg-Extensión De Pestañas De 50 A 60 Pestañas Por Ojo 1 Sesión**

**Fecha: 2020-04-16**

Yo Angela estoy de acuerdo que las extensiones de pestañas sean aplicadas en mis pestañas naturales, removidas o para un mantenimiento (relleno). Firmado este acuerdo autorizo que se me pongan o remuevan extensiones de pestañas.

Entiendo que hay riesgos cuando tengo extensiones de pestañas artificiales al aplicarlas o removerlas de mis pestañas naturales.

Entiendo que es parte del proceso que se me irriten los ojos, que cause un pequeño ardor, que me causen comezón, alguna molestia y en algunos casos raros alguna infección por no seguir las recomendaciones. Estoy de acuerdo que si suceden algunas de estas condiciones médicas, contactaré a un profesional en extensiones de pestañas y se removerán inmediatamente y consultaré a un médico, cubriendo yo los gastos. Entiendo que aunque el profesional de extensiones de pestañas aplique o remueva las extensiones usando la técnica apropiada; instrumentos, limpiadores, cinta adhesiva, parches para ojos, adhesivo, y removedores, podrían igual irritar mis ojos y requerir de un médico para remover las extensiones y hacer un seguimiento de cuidado.

Entiendo y estoy de acuerdo en las instrucciones de cuidado indicadas por el profesional en extensiones de pestañas para el uso y cuidado de mis extensiones de pestañas. Comprendo y acepto las consecuencias al no seguir las instrucciones que el técnico profesional en extensiones de pestañas me indique y estas podrían ser la causa que las extensiones de pestañas pudieran caerse, dañarse o durar menos tiempo.

Entiendo y doy mi consentimiento a tener mis ojos cerrados y cubiertos durante 60-120 minutos o más durante el procedimiento. Entiendo que si utilizo extensiones de pestañas aplicadas en el parpado de abajo, podría tener mis ojos abiertos e instrumental, cinta adhesiva, limpiadores, parches para ojos, adhesivos, removedores y estos podrían irritar mis ojos, causar lagrimeo y parpadeo en exceso y requerir remover las pestañas.

### Estoy informando al profesional de extensiones de pestañas las siguientes condiciones marcadas:

- ☒ Actualmente si tengo lentes de contacto, estoy de acuerdo en quitármelos antes de la aplicación.
- ☐ Actualmente estoy usando protector solar que contiene aceite y/o crema hidratante alrededor de los ojos.
- ☐ Actualmente estoy usando gotas recetadas por mi médico y/o gotas para ojos sin receta.  
En este momento tengo alergias o tengo sensibilidad a instrumental, cinta adhesiva, limpiadores,
- ☐ parches de gel para ojos, adhesivos y removedores que podrían ser causantes que parpadee en exceso.
- ☒ Historial de claustrofobia
- ☒ Historial de lagrimeo e infecciones.
- ☐ Historial de ojos secos o Síndrome Sjögren's (Ressequedad Ocular)
- ☐ Reciente historia de Quimioterapia.
- ☐ Alguna otra condición médica que prohíbe la retención de extensiones de pestañas.
- ☐ Autorizo tomar fotos de mis ojos/rostro los cuales podrían ser usados para propósitos de marketing.

### Estoy de acuerdo con las siguientes instrucciones para una forma de mantenimiento después de la aplicación:

- Utilizar solamente productos de la marca JB Lashes para el cuidado de las extensiones pidiendo asesoría previa.
- No utilizar gotas para los ojos.
- No utilizar productos a base de aceite alrededor de los ojos.
- No tener contacto con el agua en las extensiones de pestañas 24 horas después de la aplicación.
- No encharcar las pestañas o rizado permanente.
- No tallarse los ojos o arrancarse las extensiones sintéticas.
- No utilizar antifaz para ojos.
- Dormir de lado o boca abajo deteriora la extensión y durarán menos tiempo.

Este acuerdo es efectivo para futuros procedimientos de extensiones de pestañas.

Comprendo y estoy de acuerdo que este contrato es legal y que fui informada sobre los tipos de pestañas existentes.

Soy mayor de edad y doy consentimiento a este acuerdo y a este tratamiento.

Entiendo que el especialista en extensiones de pestañas o el establecimiento no son responsables de cualquier reacción que los productos usados me puedan causar.

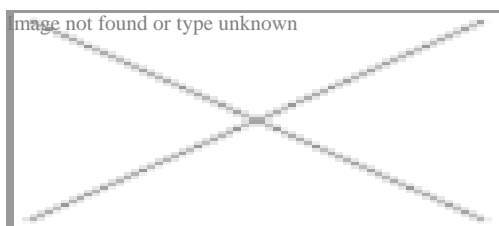
No es garantía el tiempo de duración de las extensiones de pestañas. Entiendo que hay instrucciones de un cuidado después de la aplicación para poder mantener mis extensiones de pestañas.

Es mi interés adquirir el servicio con un costo de: \$ 250 aplicando 50 extensiones máximo por ojo.

### Políticas de la empresa

1. Deberá presentarse en el establecimiento un día antes de la aplicación para que le sea aplicada la prueba de sensibilidad al adhesivo.
2. No se realiza ningún tratamiento a personas no aptas.
3. El pago de todas las sesiones son por anticipado.
4. No habrá devoluciones en tratamientos pagados por anticipado.
5. Toda cancelación de citas deberá hacerse con 24 hrs. de anticipación o de lo contrario se dará como cita dada y perderá su pago inicial sin excepción alguna.
6. Los servicios proporcionados en Model Art Spa son cosmetológicos y estéticos, no sustituyen la atención médica.
7. Yo cliente, declaro bajo protesta de decir verdad que mi estado de salud es óptimo para recibir los servicios que ofrece Model Art Spa, eximiéndolos así de toda responsabilidad legal.
8. Favor de ser puntual a su cita de lo contrario se restará tiempo de su sesión.
9. La empresa no se hace responsable del resultado si la cliente no asistió a su prueba de sensibilidad.
10. Si no utiliza el producto recomendado de apoyo en casa no tendrá un resultado satisfactorio.
11. Las cosmetólogas no están autorizadas para solicitar ningún tipo de información personal dentro de la cabina que pueda ser utilizada para su uso personal. Cabe mencionar que si el usuario hace caso omiso a esta cláusula queda totalmente bajo su responsabilidad el uso que se le dé por parte de la cosmetóloga. En caso de que sea así notificarlo a la administración de la franquicia.
12. Los datos personales que Model Art Spa con domicilio en Romero Rubio #3-B col. La Paz, Puebla, Puebla. C.P.72160, México, le solicite y usted entregue a través de este medio serán utilizados con el objetivo de poder proporcionar y dar seguimiento a nuestros tratamientos cosmetológicos y/o estéticos.

Cualquier duda o atención a sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, así como la revocación de su consentimiento, serán atendidas conforme a nuestro Aviso de Privacidad que le fue presentado antes de llenar sus datos y que usted acepta en su totalidad. Usted podrá consultar dicho aviso en nuestro sitio Web: <http://www.modelartspa.com> y podrá resolver cualquier duda o aclaración escribiendo a: [atencion\\_cliente@modelartspa.com](mailto:atencion_cliente@modelartspa.com)



angela

---

Nombre y Firma del cliente