

Renuncia de Consentimiento para Servicios de Color y Tratamientos Químicos Capilares

Consentimiento y renuncia de responsabilidad para coloración capilar, decoloración, permanentes, relajadores y otros tratamientos químicos capilares

Información del Cliente

Nombre *

Apellido *

Dirección de Correo Electrónico *

Número de Teléfono *

Fecha de Nacimiento *

DD / MM / AAAA

Detalles del Servicio

Servicio(s) Solicitado(s) *

☐ Color de Proceso Único

☐ Reflejos / Bajos Tonos

☐ Balayage / Ombré

☐ Decoloración / Aclarante

☐ Corrección de Color

☐ Tóner / Brillo

☐ Onda Permanente (Permanente)

☐ Relajador / Alisado

☐ Tratamiento de Keratina

☐ Otro

Resultado Deseado / Descripción de Referencia *

Historial Capilar

Color Natural del Cabello *

Color Actual del Cabello (si es diferente)

Servicios químicos en los últimos 12 meses:

☐ Colorante o tinte capilar

☐ Decoloración o aclarante

☐ Permanente

☐ Relajador o alisado químico

☐ Tratamiento de keratina o alisado

☐ Henna o tinte metálico

☐ Color de caja / casero

☐ Ninguno

¿Ha utilizado ALGUNA VEZ tinte capilar a base de henna o metálico? *

- ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro

Importante: Los tintes a base de henna y metálicos pueden reaccionar peligrosamente con colorante capilar profesional, decoloración o permanentes. Si ha utilizado alguna vez estos productos, por favor informe a su estilista de inmediato. Puede ser necesaria una prueba de filamento.

Condición actual del cabello *

- ☐ Saludable — daño mínimo
☐ Ligeramente dañado — algo de sequedad o puntas abiertas
☐ Moderadamente dañado — rotura notable
☐ Severamente dañado — muy seco, quebradizo o rompiéndose

Evaluación de Alergias

Los servicios químicos capilares utilizan productos que pueden causar reacciones alérgicas en algunas personas. Se recomienda una prueba de parche 48 horas antes del servicio, especialmente para clientes por primera vez.

¿Tiene alguna alergia conocida a tinte capilar, decoloración o productos químicos? *

- ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro

Si es así, por favor describa la reacción

¿Actualmente tiene alguno de los siguientes?

- ☐ Cortes o abrasiones en el cuero cabelludo ☐ Psoriasis o dermatitis del cuero cabelludo
☐ Sensibilidad del cuero cabelludo ☐ Alopecia o pérdida de cabello
☐ Ninguno de los anteriores

Preferencia de prueba de parche *

- ☐ He tenido una prueba de parche y no tuve reacción
☐ Declino una prueba de parche y acepto el riesgo
☐ Me gustaría programar una prueba de parche antes de mi cita

Consentimiento y Renuncia

Reconocimientos:

1. Entiendo que los resultados de los servicios químicos capilares dependen de muchos factores, incluyendo el historial capilar, la condición actual y las características naturales del cabello, y que no se pueden garantizar resultados exactos.
2. La corrección de color y el aclaramiento significativo pueden requerir múltiples sesiones.
3. Entiendo que los servicios químicos conllevan riesgos que incluyen, entre otros: reacción alérgica, irritación o quemaduras del cuero cabelludo, daño capilar, rotura o resultados de color no intencionados.
4. Si mi estilista determina que el servicio solicitado puede causar daño excesivo a mi cabello, puede recomendar un enfoque alternativo. Entiendo y apoyo este criterio profesional.
5. He divulgado todos los tratamientos químicos anteriores honestamente, incluyendo productos caseros.
6. Libero al salón y al estilista de responsabilidad por cualquier reacción adversa o resultado no intencionado.

Confirmando que he proporcionado información precisa sobre mi historial capilar y entiendo que los resultados no pueden garantizarse. Acepto los riesgos asociados con los servicios químicos capilares.

He leído y estoy de acuerdo con lo anterior: _____

Consentimiento y Firma

Doy mi consentimiento para el servicio(s) de color capilar / químico descrito arriba. He sido informado de los riesgos y alternativas. He divulgado todo el historial capilar e información de salud relevante. Libero al salón de responsabilidad por reacciones o resultados afectados por información no divulgada.

Confirmando que he leído y entendido la información anterior y doy mi consentimiento informado.

He leído y entiendo la información anterior: _____

Firma

Fecha

Nombre en letra de imprenta

Fecha *

DD / MM / AAAA

Este formulario fue proporcionado gratuitamente por Consentify

Consentify convierte formularios como este en consentimiento digital que tus clientes firman en su teléfono mediante código QR — con PDFs automáticos, alertas de contraindicaciones y almacenamiento cifrado. Plan gratuito disponible en <https://getconsentify.com>.

Solo plantilla. Revisa con tu propio profesional con licencia o asesor legal antes de usar; los requisitos varían según la jurisdicción y la práctica.