



CONSENTIMIENTO INFORMADO DEPILACIÓN ELÉCTRICA

Nombre del Cliente D.N.I:

Centro **IZUMI SPA** Nombre del Técnico **RAQUEL SANZ BLASCO** NIF.: **18049855-F**

SOLICITO Y AUTORIZO a que me realice el procedimiento de depilación mediante cera/resina en las siguientes áreas de mi cuerpo:

- ☐ **Axilas**
- ☐ **Pubis**
- ☐ **Labios vaginales**
- ☐ **Línea interglútea**
- ☐ **Inglés básicas**
- ☐ **Inglés brasileñas**
- ☐ **Zona íntima completa**
- ☐ **Glúteos**
- ☐ **Piernas completas**
- ☐ **Medias piernas**
- ☐ **Mentón**
- ☐ **Patilla**
- ☐ **Cuello**
- ☐ **Mejillas**
- ☐ **Entrecejo**
- ☐ **Barba**
- ☐ **Bigote**
- ☐ **Busto**
- ☐ **Hombros**
- ☐ **Brazos**
- ☐ **Espalda**
- ☐ **Abdomen**
- ☐ **Pecho**
- ☐ **Manos**
- ☐ **Nuca**

Otros:

.....
.....

ANTES DE LA DEPILACIÓN:

1. No depilar las zonas a tratar con cera o pinzas un mes previo al tratamiento, utilice si lo desea otros métodos que rasuren el pelo pero que no lo arranquen.
2. No decolorar el pelo a depilar durante 15 días previos al tratamiento.
3. No emplee maquillaje el día del tratamiento en la zona a tratar (cara o áreas similares).

4. No utilice desodorante antes ni después de la sesión si va a depilar el pelo de la axila.
5. Si su piel padece de cloasma o tendencia a la hiperpigmentación, emplee un despigmentación local que se aplicará durante las dos semanas previas al tratamiento.
6. En el caso de que usted padezca herpes labial recidivante (más de una vez por mes), adviértalo para iniciar un tratamiento de prevención el día anterior a la sesión

DESPUES LA DEPILACIÓN:

1. Es habitual la aparición de un leve enrojecimiento o inflamación en las zonas tratadas. Ello es signo de que el tratamiento ha sido eficaz. Este hecho puede tener una duración de unas 72 horas.
2. Puede hacer vida normal, ejercicio físico, ducharse y lavar la zona tratada, aunque debería hacerse con suavidad y cuidado para no incrementar la inflamación y enrojecimiento que se produce debido al tratamiento. Evite acudir a la sauna o el agua muy caliente en el baño hasta pasadas 24 h.
3. Algunos pacientes pueden experimentar pequeñas vesículas o ampollas que desaparecen. Raramente pueden dejar un cambio en el color de la piel que se normalizará posteriormente pasadas unas semanas.
4. Puede aplicar en la zona tratada gel de Aloe Vera, cremas hidratantes o aceite de rosa mosqueta
5. En caso de exponer la piel al sol deberá utilizar un protector solar mínimo de 30 SPF.
6. Es difícil decir el número de sesiones dependiendo del crecimiento y la fase del pelo

*** Advierta de cualquier nuevo medicamento que tomase o de cualquier efecto secundario que percibiese en la zona tratada; no dude en consultarnos.**

*-Debido al tiempo y al coste del tratamiento, no se admiten devoluciones (si no queda satisfecha con su tratamiento llamemos o venga al salón e intentaremos resolver el problema

CONSENTIMIENTO:

Se me ha explicado los cuidados que debo seguir para evitar estos efectos secundarios

Por todo ello y porque comprendo y entiendo la información que se me han facilitado, y porque he consultado las dudas que me han surgido en torno a este tratamiento, doy mi consentimiento para que se me aplique el mismo.

Monzón de del.....

Firma

Si es menor de 18 años firma presencial del tutor y fecha

He sido informado por el Centro que los datos de este consentimiento serán incorporados y tratados en el fichero de CLIENTES, cuya finalidad es informativa para los profesionales del centro y que está registrado en la Agencia Española de Protección de Datos, según el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre; estos datos no podrán ser cedidos a ninguna empresa y podré revocar su inclusión en el citado fichero en el momento que lo desee, dirigiéndome a la dirección arriba indicada.