

Date



HydraFacial Treatment

هيدرافيسيال علاج

1. Understanding of Treatment

I understand that HydraFacial is a procedure for vibrant, healthy skin, and multiple treatments may be required. Results may vary and may not be effective for me.

فهم العلاج

قد تختلف النتائج وقد لا تكون فعالة بالنسبة لي. أفهم أن علاج هيدرافيسيال هو إجراء يهدف إلى الحصول على بشرة صحية ومشرقية، وقد يتطلب الأمر عدة جلسات علاجية.

2. Possible Experiences and Risks

I acknowledge the following potential side effects:

- **Temporary Irritation:** Typically resolves within 72 hours.
- **Redness:** Short-term redness may occur.
- **Tightness/Dry Skin:** Skin may feel tight or dry.
- **Tingling/Stinging:** May occur but usually subsides in hours.
- **Increased Sun Sensitivity:** I agree to avoid excessive sun exposure and use SPF 40 sunscreen.
التجارب والأثار الجانبية المحتملة:
أقر بالآثار الجانبية المحتملة التالية:
ساعة 72 عادةً ما يزول خلال : التهيج المؤقت.
قد يحدث احمرار مؤقت : الاحمرار.
قد تشعر البشرة بالشد أو الجفاف : شد البشرة/جفاف.
قد تحدث هذه الأحساس ولكن عادةً ما تختفي خلال ساعات : لسع/وخز.
أوافق على تجنب التعرض المفرط لأشعة الشمس واستخدام واقي الشمس بمعامل حماية لا يقل عن : زيادة الحساسية للشمس 40.

3. Acknowledgment of Key Information

I confirm understanding the following:

- **Potential Benefits:** Benefits may not be guaranteed.
- **Alternative Treatments:** Other options available, such as topical treatments or surgery.
- **Risks/Complications:** Potential risks and complications of the procedure.
الإقرار بالمعلومات الرئيسية:
أؤكد في المقابلة التالية:
قد لا تكون الفوائد مضمونة : الفوائد المحتملة.
توجد خيارات أخرى مثل العلاجات الموضعية أو الجراحة : العلاجات البديلة.
المخاطر والمضاعفات المحتملة المرتبطة بالإجراء : المضاعفات/المخاطر.

4. For Women of Childbearing Age

I confirm:

- I am not pregnant and will not become pregnant during treatment.
- If I become pregnant during treatment, I will inform the healthcare provider immediately.
للسيدات في سن الإنجاب:
أؤكد:
أنا لست حاملاً ولن أصبح حاملاً أثناء العلاج.
إذا أصبحت حاملاً أثناء العلاج، سأبلغ مقدم الرعاية الصحية على الفور.

5. Photographic Documentation

I acknowledge photos will be taken before, during, and after treatment.

- I [do / do not] consent to the use of my photos for educational purposes.
توثيق بالصور
أقر بأنه سيتم أخذ صور قبل وأثناء وبعد العلاج.
- على استخدام صوري لأغراض تعليمية [لا أافق / أافق [أنا]]

6. Post-Treatment Care and Restrictions

I agree to:

- Avoid aggressive exfoliation, waxing, and products with glycolic acids or retinols for 2 weeks before and after treatment.
- Photos may be taken for educational or promotional purposes with my consent.
رعاية ما بعد العلاج والقيود
أوافق على:
تجنب التقشير القوي، الشمع، والمنتجات التي تحتوي على الأحماض الجليكوليكية أو الريتينول لمدة أسبوعين قبل وبعد العلاج.
- قد يتم أخذ صور لأغراض تعليمية أو ترويجية بموافقتني.

7. Consent for Treatment

I have been informed of the procedure, risks, and benefits, and all my questions have been answered. I consent to undergo HydraFacial treatment at Cosmique Clinic.

- This consent applies to future treatments. I will inform the staff of any changes in my medical history.
الموافقة على العلاج
أوافق على الخضوع لعلاج هيدرافيتشيال في عيادة كوزميك. تم إخباري بالإجراء والمخاطر والفوائد، وقد تم الإجابة على جميع أسئلتي.
سألت الموظفين بأى تغييرات في تاريخي الطبي. تطبق هذه الموافقة على العلاجات المستقبلية.

8. Acknowledgment and Signature

By signing, I confirm I have read and understand this consent form, and all my questions have been answered.
الأقرار والتوفيق
بتوقيعه، أؤكد أنني قد قرأت وفهمت نموذج الموافقة هذا، وأن جميع أسئلتي قد تم الإجابة عليها.

Patient/Guardian Information:

- **Signature:** _____
- **Print Name/Relationship:** _____
- **Date:** _____

Witness Information:

- **Signature of Practitioner:** _____
- **Print Name:** _____
- **Date:** _____