

- Valor acordado para el procedimiento **Capilar** (COP): \$ \_\_\_\_\_
- Valor acordado para el procedimiento de **Color** (COP): \$ \_\_\_\_\_

**i Información del Cliente**

|                       |  |                   |                        |
|-----------------------|--|-------------------|------------------------|
| • Nombre del Cliente  |  | • Fecha de Visita | DD / MM / AAAA         |
| • Correo Electrónico  |  | • Cumpleaños      | DD / MM / AAAA         |
| • Estilista / Técnico |  | • Celular         | (+XX) XXX - XXX - XXXX |

**Antecedentes & Condición del Cabello**

|                                          |        |                                                                                         |                                               |            |            |          |                          |                         |
|------------------------------------------|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------|------------|----------|--------------------------|-------------------------|
| Alergias/Patologías del Cuero Cabelludo: |        | Ninguna, dermatitis, sensibilidad a productos químicos, reacción a tintes, entre otras. |                                               |            |            |          |                          |                         |
| Frecuencia De Lavado                     |        | En Días                                                                                 | Última Fecha De Procedimiento Capilar/Color : |            |            |          |                          |                         |
| Condición del Cabello                    | Seco   | Graso                                                                                   | Normal                                        | Caspa      | Caída      | Sensible | Manchado                 | Quebradizo              |
|                                          | Fino   | Medio                                                                                   | Grueso                                        | Alisado    | Tinturado  | Natural  | Decolorado               | Puntas Secas            |
| Diagnóstico Capilar                      | Crespo | Liso                                                                                    | Resistente                                    | Maltratado | Quebradizo | Poroso   | Tricoptilosis Horquillas | Deshidratado (Muy Seco) |

**i Diagnóstico capilar del Estilista/Técnico:**
**Prueba de mechón realizada**

SI ☒

NO ☐
**Detalle del procedimiento a realizar:**
**Acuerdos y especificaciones:**
**Observaciones y condiciones de salud informadas por el cliente:**
**Productos recomendados:**
**¿El cliente llevó productos?**

SI ☒

NO ☐
**Autorización y Responsabilidad del Cliente**

Yo, [nombre y apellidos completos], identificado(a) con cédula de ciudadanía No. [número de documento], declaro haber recibido la asesoría y el diagnóstico profesional sobre mi cabello, y autorizo los procedimientos descritos en esta hoja. Reconozco estar informado(a) de los riesgos y beneficios asociados. Afirmo no padecer alergias ni haber tenido reacciones alérgicas recientes que no estén contempladas en este documento.

Declaro que *This Is Forever Chic* no se responsabiliza por procedimientos realizados en otros establecimientos, por lo cual eximo de cualquier responsabilidad al técnico o estilista de *This Is Forever Chic*, ya que acepto proceder bajo mi cuenta y riesgo. Asimismo, autorizo \_\_\_ / No autorizo \_\_\_ el uso de mis fotografías y/o videos con fines promocionales o en redes sociales.

En caso de no realizarse la prueba de mechón, el estilista o profesional será el responsable de los resultados del procedimiento y de cualquier garantía aplicable.

**Firma de autorización**