



## BEAUTY SALON | Health Questionnaire

To optimize your experience, please answer the following questions.

Name: \_\_\_\_\_

Age: \_\_\_\_\_

Date of birth: \_\_\_\_\_

Suite No.: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Service selected: \_\_\_\_\_

Do you have any allergies? ☐ Yes ☐ No  
Please specify: \_\_\_\_\_

Do you have any illnesses? ☐ Yes ☐ No  
Please specify: \_\_\_\_\_

Do you have sensitive skin? ☐ Yes ☐ No

Do you have acrylic or gel on your nails? ☐ Yes ☐ No

Do you have any skin conditions? ☐ Yes ☐ No  
Please specify: \_\_\_\_\_

Do you have hair extensions? ☐ Yes ☐ No

Do you have any current injuries of the hands, knees, ankles or feet? ☐ Yes ☐ No  
Please specify: \_\_\_\_\_

Additional information or comments: \_\_\_\_\_

**LIABILITY WAIVER:** I hereby declare that I am in sufficient physical condition to use the Spa facilities. I use them under the full knowledge and understanding of the inherent risk of illness and injury with any treatment. I provide my express agreement and I (on behalf of myself, my relatives and legal representatives) release Grand Velas Riviera Maya, its affiliates and subsidiaries of all liability.

\_\_\_\_\_  
Signature



## SALÓN DE BELLEZA | Cuestionario de salud

Para optimizar su experiencia, le pedimos que responda las siguientes preguntas.

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Núm. de suite: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Servicio seleccionado: \_\_\_\_\_

¿Presenta algún tipo de alergia? ☐ Sí ☐ No

¿Cuál?: \_\_\_\_\_

¿Sufre de alguna enfermedad? ☐ Sí ☐ No

¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Tiene la piel sensible? ☐ Sí ☐ No

¿Cuenta con acrílico o gel en sus uñas? ☐ Sí ☐ No

¿Padece alguna afección dermatológica? ☐ Sí ☐ No

¿Cuál?: \_\_\_\_\_

¿Tiene extensiones en su cabello? ☐ Sí ☐ No

¿Presenta actualmente alguna lesión en  
manos, rodillas, tobillos o pies? ☐ Sí ☐ No

Por favor, especifique en dónde: \_\_\_\_\_

Observaciones y comentarios adicionales \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DESLINDE DE RESPONSABILIDAD:** Certifico que me encuentro en buena condición física para poder utilizar las instalaciones de SE Spa. Lo anterior, con pleno conocimiento, entendimiento y apreciación de los riesgos que esto implica tales como enfermedad o lesión inherente a cualquier tratamiento. Yo libero, al igual que mis familiares y representantes legales, de toda responsabilidad a Grand Velas Riviera Maya, a sus agentes y colaboradores.

\_\_\_\_\_  
Firma