

Muestra

Spa | **SE**

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? ☐ SI ☐ No ¿Sufre de alguna enfermedad? ☐ SI ☐ No
¿Cuál?: _____ ¿Cuál?: _____

¿Tiene la piel sensible? ☐ SI ☐ No ¿Cuenta con acrílico o gel en sus uñas? ☐ SI ☐ No
¿Padece alguna afección dermatológica? ☐ SI ☐ No ¿Tiene extensiones en su cabello? ☐ SI ☐ No
¿Cuál?: _____

¿Presenta actualmente alguna lesión en manos, rodillas, tobillos o pies? ☐ SI ☐ No Observaciones y comentarios adicionales: _____
Por favor, especifique en dónde: _____

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

21.5 cm

Spa | **SE**

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 Do you have any illnesses? ☐ Yes ☐ No
Please specify: _____ 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 Do you have hair extensions? ☐ Yes ☐ No
Please specify: _____

Do you have any current injuries of the hands, knees, ankles or feet? ☐ Yes ☐ No Additional information or comments: _____
Please specify: _____

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

13.9 cm

Manual de Spa

Nombre:

Cuestionario médico del salón de belleza

Descripción:

Cuestionario que se entrega al huésped que solicita servicios en el salón de belleza para que conteste preguntas sobre su estado de salud.

Código:

SPGV5A

Actualización:

Marzo 2018

Especificaciones

Impresión Offset

Pantone Blanck 5 C

Pantone 871 C

Papel Opalina de 150 g. blanco

Media carta

Este documento sólo es una muestra y el diseño puede estar a escala, si requiere el archivo en alta o para imprenta favor de solicitarlo con el código al Departamento de Comunicación.

Contacto:

comunicacion@velasresorts.com

+52 (322) 226 8669