



## **EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD ÚNICA POR SALUD Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Al firmar esta Liberación de responsabilidad y renuncia, confirmo que reconozco que puede haber riesgos inherentes asociados con el uso de ciertos equipos, la utilización de las instalaciones de SOLE HEALTH, la participación en programas y/o la recepción de tratamientos estéticos/bienestar de SOLE HEALTH.

Reconozco y acepto que soy responsable de mi propia salud; que los asociados y/o técnicos de SOLE HEALTH no pueden esperar que diagnostiquen y/o traten problemas de salud individuales en las visitas estéticas/bienestar.

En consecuencia, a la luz de lo anterior, por la presente libero a SOLE HEALTH (y su(s) empresa(s) matriz(es), subsidiarias, empresas afiliadas y sus respectivos directores, accionistas y empleados y renuncio a todos y cada uno de los reclamos, responsabilidades o daños por lesiones personales que pueda experimentar directa o indirectamente al recibir cualquier tratamiento estético/bienestar, utilizar las instalaciones de SOLE HEALTH y/o participar en los programas o actividades ofrecidos por SOLE HEALTH estético /bienestar.

### **POLÍTICA DE RESERVA / CANCELACIÓN**

Reconozco que se utiliza un depósito de \$50 para reservar mi cita para el servicio estético.

El depósito se utilizará para el precio total de mi servicio.

Se aplica una política de cancelación de 24 horas. Si no se cancela con anticipación y no se presenta, el depósito se aplicará como tarifa de no presentación/cancelación.

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

Fecha: \_\_\_\_\_ Testigo: \_\_\_\_\_

Cualquier invitado menor de 18 años debe tener un padre o tutor legal que firme el siguiente reconocimiento relacionado con la exención de responsabilidad y la renuncia.

\_\_\_\_\_  
Nombre del(los) menor(es)