



EAR PIERCING RELEASE OF LIABILITY

Technician's Name: _____

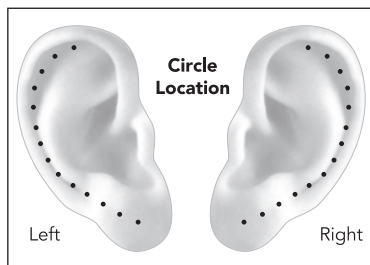
Sterilization Lot No. _____

Exp. Date _____

I ACKNOWLEDGE THE FOLLOWING STATEMENTS:

- I understand my ears will be pierced with single-use studs that are pre-packaged, sealed and sterilized.
- If I am taking blood thinning medications or antibiotics, if I have diabetes, if I am pregnant or have a history of infection or any other medical condition, I acknowledge that ear piercing may carry a risk and I must consult a physician for approval before piercing my ears.
- I understand that despite the best efforts of CAFLON and my own aftercare efforts, the potential for infection exists. Improper aftercare, poor hygiene, metal sensitivity or other causes, may increase the risk of infection.
- I understand that ear piercing may contribute to the formation of cysts or keloids.
- I have read and understand the EAR PIERCING AFTERCARE INSTRUCTIONS and have received a copy for my reference.
- I understand that CAFLON is unable to monitor my at-home aftercare, therefore it is my sole responsibility to follow the EAR PIERCING AFTERCARE INSTRUCTIONS provided at the time of piercing.
- I have agreed to this ear piercing procedure and I am fully aware of the potential risks and complications.

Initial here:



EAR PIERCING RELEASE OF LIABILITY & CLAIM WAIVER

- CAFLON follows a safe and hygienic ear piercing procedure. However, improper care of newly pierced ears on my behalf or due to other causes can result in problems outside of their control. I, the undersigned, acknowledge that ear piercing carries some risks. These risks include but are not limited to: infection, metal sensitivity, allergic reactions, inflammation, embedded studs, scarring, fainting and other complications.
- I understand that CAFLON ear piercing specialists, when performing ear piercing procedures, do not act in the capacity of medical professionals. The recommendations made by any CAFLON ear piercing specialist are recommendations only. They are not to be construed as, or taken in lieu of, advice from a medical professional.
- I voluntarily agree to this ear piercing procedure, for myself or for a minor in my care, and I am fully aware of the potential risks and complications. In addition, I hereby assume all risks of loss or injury of any kind whatsoever that may be associated with this ear piercing procedure.
- By signing this EAR PIERCING RELEASE OF LIABILITY AND CLAIM WAIVER, I hereby acknowledge and represent the following:
 - I have read and understand this EAR PIERCING RELEASE OF LIABILITY AND CLAIM WAIVER and sign it voluntarily.
 - I am at least 18 years old and hold myself liable in respect to this ear piercing procedure. I hereby release liability on behalf of CAFLON and their affiliates and waive any future claims against them.
 - I understand I must be 18 years old or older to have my earlobes and/or cartilage pierced and my signature below confirms my acknowledgment. I realize this applies to first time piercings and consecutive piercings. I understand I must show proof of age by presenting some form of identification.
 - I am the parent or legal guardian of a minor under the age of 18 and hold myself liable in respect to this ear piercing procedure. I hereby release liability on behalf of CAFLON and their affiliates and waive any future claims against them.
 - For purposes of signing this EAR PIERCING RELEASE OF LIABILITY AND CLAIM WAIVER, I understand that it is fraudulent for a minor to represent herself/himself as an adult and/or to falsely represent oneself as a parent or legal guardian.

Initial here:

EAR PIERCING AFTERCARE INSTRUCTIONS AGREEMENT

I understand that I must carefully follow all EAR PIERCING AFTERCARE INSTRUCTIONS and hereby release CAFLON from any and all claims that I may have as a result of my failure to follow all EAR PIERCING AFTERCARE INSTRUCTIONS.

Initial here:

Date: _____

Ear Piercing Recipient

Print First & Last Name: _____ Signature: _____

E-mail: _____ Phone Number: _____

If you are under 18, the signature of a parent or legal guardian is required [] Parent [] Legal Guardian

Parent or Legal Guardian

Print First & Last Name: _____ Signature: _____

EAR PIERCING AFTERCARE INSTRUCTIONS

- With clean hands, apply CAFLON Aftercare Solution to the front & back of each earlobe or cartilage TWO times per day. While cleansing, gently slide your studs back & forth and rotate them in a circle. This will ensure absorption of the solution at the piercing site. DO NOT REMOVE YOUR STUDS WHEN CLEANSING.
- DO NOT TIGHTEN your backings.
- Use care when using products like shampoo, soap, hair dye, perfume and hairspray near your ears. If possible, gently cover your ears to avoid contact with these products. If contact occurs, rinse your ears immediately to avoid irritation.
- Use care when styling your hair around your newly pierced ears. Brushes, combs, curling irons and hair dryers should be kept a safe distance from your ears.
- Use care while dressing. Pulling clothes over your head can result in trauma to your ears and slow the healing process.
- Avoid swimming. If you must swim, cleanse your ears with CAFLON aftercare products immediately.
- Avoid over-the-ear headphones, hats, caps and scarves that rest at ear level.
- For earlobe piercing, leave your new studs in for SIX WEEKS. For cartilage piercing, leave your new studs in for TWELVE WEEKS. After this time, provided your ears are completely healed, you may replace your studs with another pair. DO NOT wear heavy studs for at least 4 months to prevent stretching. If your ears begin to feel sore, return to your original studs for 1-2 MORE WEEKS and resume the aftercare instructions.
- Severe pain, redness and/or swelling are not normal reactions to ear piercing and are generally uncommon. Please consult a physician IMMEDIATELY. To reduce the risk of irritation, choose studs that are made with gold, sterling silver, titanium or stainless steel. We recommend our hypoallergenic studs.



FORMATO DE LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDADES PARA LA PERFORACIÓN DE OREJAS

Nombre Del Tecnico: _____

No. Lote de esterilización _____

Fecha De Exp. _____

RECONOZCO Y ACEPTO LAS SIGUIENTES DECLARACIONES:

- Entiendo que mis orejas van a ser perforadas con aretes de un solo-uso y que están pre-empacados, sellados y esterilizados.
- Si estoy tomando anticoagulantes o antibióticos, si tengo diabetes, si estoy embarazada, tengo alguna infección o condición médica; reconozco que la perforación de mis orejas puede tener algún riesgo y debo consultar a un médico para su aprobación antes de realizar la perforación de mis orejas.
- Entiendo que a pesar de los mejores cuidados de CAFLON y de mis propios esfuerzos de cuidados posteriores existe la posibilidad de infección. El cuidado posterior inadecuado, mala higiene, la sensibilidad a los metales u otras causas, pueden incrementar el riesgo de infección.
- Entiendo que la perforación de orejas puede contribuir a la formación de quistes o queloides.
- He leído y comprendido las instrucciones de cuidado posterior y he recibido una copia para mi referencia.
- Entiendo que CAFLON no puede monitorear mi cuidado posterior en casa, es de mi entera responsabilidad el seguir las instrucciones de cuidado para después de la perforación recibidas al momento del procedimiento.
- He aceptado el procedimiento de perforación y estoy consiente de los posibles riesgos y complicaciones.



Inicial aquí: _____

FORMATO DE LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDADES Y EXENCIÓN DE RECLAMACIÓN

- CAFLON sigue un procedimiento seguro e higiénico en la perforación de orejas. Sin embargo, el cuidado inadecuado de las orejas recién perforadas por mi parte o por otra causa puede ocasionar problemas fuera de su control. Yo, quien firma debajo, reconozco que la perforación de orejas conlleva algunos riesgos. Estos riesgos incluyen y no se limitan a: infecciones, sensibilidad a los metales, reacciones alérgicas, inflamación, aretes encarnados, cicatrices, desmayos u otras complicaciones.
- Entiendo que los especialistas en perforación de orejas de CAFLON, cuando realizan los procedimientos no actúan en calidad de profesionales médicos. Las recomendaciones proporcionadas por los especialistas en perforación de CAFLON son solo recomendaciones. No deben ser interpretadas como, o tomarse en lugar, del consejo de un médico profesional.
- Acepto voluntariamente este procedimiento de perforación de orejas, para mí o para un menor a mi cuidado, y estoy plenamente consiente de los posibles riesgos y complicaciones. Además, por la presente asumo todos los riesgos de pérdida o lesión de cualquier tipo que pueda estar asociada al procedimiento de perforación de orejas.
- Al firmar este Formato de liberación de responsabilidades y de exención de reclamación, reconozco y represento lo siguiente:
 - He leído y comprendido este formato de liberación de responsabilidades y exención de reclamación y lo firmo voluntariamente.
 - Soy mayor de edad y soy responsable de este procedimiento de perforación de orejas. Por la presente libero responsabilidad en nombre de CAFLON y sus afiliados y renuncio a cualquier reclamo futuro en su contra.
 - Entiendo que debo tener por lo menos 18 años o más para que me perforen los lóbulos de las orejas y/o el cartílago y mi firma debajo confirma mi reconocimiento. Comprendo que esto aplica a perforaciones por primera vez y consecutivas. Entiendo que debo probar mi mayoría de edad mostrando una identificación.
 - Soy el padre o tutor legal del menor de edad y soy responsable de este procedimiento de perforación de orejas. Por la presente, libero responsabilidad en nombre de CAFLON y sus afiliados y renuncio a cualquier reclamo futuro en su contra.
 - Al firmar este formato de liberación de responsabilidades y de exención de responsabilidades, comprendo que es fraudulento que un menor se represente como adulto y/o se represente falsamente como padre o tutor legal.

Inicial aquí: _____

INSTRUCCIONES PARA EL CUIDADO POSTERIOR DE LA PERFORACIÓN DE OREJAS

Entiendo que debo seguir cuidadosamente todas las INSTRUCCIONES PARA CUIDADO POSTERIOR A LA PERFORACIÓN y por la presente libero a CAFLON de todas y cada una de las reclamaciones o inconformidades que puedan resultar de mi incumplimiento de todas las INSTRUCCIONES PARA CUIDADO POSTERIOR A LA PERFORACIÓN.

Inicial aquí: _____

Fecha: _____

Persona a la que se perforarán las orejas:

Nombre y Apellido: _____ Firma: _____

E-mail: _____ Tel# _____

Si es menor de edad, la firma del padre/madre o tutor legal es requerida. [] Padre/Madre [] Tutor legal

Padre/Madre o Tutor legal

Nombre y Apellido: _____ Firma: _____

INSTRUCCIONES PARA EL CUIDADO DESPUÉS DE LA PERFORACIÓN

- Con las manos limpias, aplique la solución para cuidado posterior a la perforación de CAFLON o el gel para cuidado posterior a la perforación de CAFLON por delante y por detrás de cada lóbulo de la oreja o del cartílago DOS veces al día. Mientras lo aplica, mueva cuidadosamente sus aretes hacia atrás y hacia adelante y giros (como dándole cuerda a un resorte). Esto asegurará la absorción de la solución o el gel en el área de la perforación. Para los productos de cuidado posterior a la perforación de CAFLON, siga las instrucciones del empaque. No remover los aretes durante el proceso de limpieza en la perforación.
- No apriete la parte posterior de los aretes.
- Tenga cuidado cuando utilice productos como champú, jabón, tinte para el cabello, perfume o laca para el cabello cerca de las orejas. Si es posible, cubra cuidadosamente la perforación para evitar el contacto con estos productos. En caso de que esto ocurra, enjuague inmediatamente con abundante agua para evitar irritación.
- Tenga cuidado al peinarse alrededor de sus orejas recién perforadas. Los cepillos, peines, rizadoros y secadores de cabello deben mantenerse a una distancia segura de sus orejas.
- Tenga cuidado al vestirse. Jalar la ropa sobre su cabeza puede lastimar sus orejas y retrasar el proceso de cicatrización.
- Evite nadar. Si debe nadar, limpie sus orejas con los productos para el cuidado después de la perforación de CAFLON inmediatamente.
- Evite utilizar audífonos, sombreros, gorras y bufandas que queden al nivel de la oreja.
- Para las perforaciones del lóbulo de las orejas, deje sus aretes por SEIS SEMANAS. Para las perforaciones sobre cartílago, deje sus aretes por lo menos DOCE SEMANAS. Después de este tiempo, y que sus orejas estén completamente cicatrizadas, podrá cambiar sus aretes por otros que sean hipoalérgicos. NO UTILICE aretes pesados por lo menos hasta que pasen cuatro meses después de la perforación. Si presenta algún dolor en las orejas, cambie los aretes por los originales con que hicieron la perforación por 1 – 2 SEMANAS MAS y siga las instrucciones de cuidado posterior.
- Dolor intenso, enrojecimiento, inflamación o hinchazón, no son reacciones normales de la perforación. Estas condiciones pueden indicar una reacción alérgica al arete o porque su cuerpo no tolera un objeto extraño en la piel. Consulte a su médico lo antes posible. Para reducir el riesgo de irritación, elija aretes hipoalérgicos de oro, chapa de oro, acero quirúrgico o titanio.