



LA BELLISSIMA

Cosmetic Tattoo & Eyelash Services

Tatuaje Cosmético

Formulario de admisión médica confidencial

Nombre: _____

Dirección: _____

Número & Calle

Ciudad Estado Código Postal

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: ____
mes día año

Dirección de correo electrónico: _____

Número de teléfono celular: (____) _____

No Escriba Aquí

Service Dates, Procedures, Artist:

Su cita es al:

510 NW 10th Ave.

Studio 9 (dentro Sola)

Portland, OR 97209

**¡POR FAVOR, VEA LA ÚLTIMA PÁGINA
PARA INFORMACION DE
ESTACIONAMIENTO!**

Esperre 4+ hrs para su cita. ** Nadie
puede acompañarlo al studio de tatuajes.

Yo, [su nombre] _____, estoy sobre la edad de 18 años (**traer identificación**) y deseo recibir el indicado procedimiento cosmético permanente. _____ (inicial)

Inicialize donde se inicia después de cada declaración, si se aplica a usted o a su servicio o no:

No estoy bajo la influencia de drogas o alcohol. _____ (inicial) **Nota: Esto se aplica al día de la cita.**

No estoy embarazada o amamantando. _____ (inicial)

He leído muy bien el sitio web de la proveedor y entiendo la naturaleza general de los tatuajes cosméticos así como el procedimiento específico a realizar _____ (inicial) **Nota: Voy a explicar todo el procedimiento mientras trabajamos.**

He leído muy bien el sitio web de la proveedor y entiendo la naturaleza, riesgos y posibles complicaciones o consecuencias de la pigmentación semipermanente o permanente. Entiendo que el semipermanente o permanente de la piel pigmentación lleva consigo complicaciones conocidas y desconocidas y consecuencias asociadas con este tipo de procedimiento, incluyendo pero no limitado a las siguientes: infecciones, cicatrices, incompatibles color y separase, borrón, o decoloración de los pigmentos. _____ (inicial)

Entiendo que el color real del pigmento puede ser modificado ligeramente, debido al tono y el color de mi piel. Entiendo perfectamente que esta es una forma de tatuaje y por lo tanto **no una ciencia exacta, sino un arte**. También entiendo que el **artista ofrece ninguna garantía sobre el resultado o expectativa de tiempo**. Solicito el procedimiento de pigmentación semipermanente o permanente de la piel y aceptar la permanencia del procedimiento así como posibles complicaciones y consecuencias de hacer semipermanente o permanente maquillaje. _____ (inicial)

Hay una posibilidad de una reacción alérgica a los pigmentos y otros productos utilizados. Una prueba de parche es recomendable; sin embargo, se requiere una cita de consulta y un tiempo de espera de 48 horas. Aún así, una prueba de parche no asegura que el cliente no tendrá una reacción alérgica. Renuncio a la prueba de parche. _____ (inicial). Si renunciado, libero al artista de toda responsabilidad si desarrollar una reacción alérgica a los pigmentos y otros productos usados. _____ (inicial). **Si no renunciado, por favor, haga una cita para una consulta antes de proceder. [Nota: Nunca he tenido un cliente me informe de una reacción alérgica a cualquiera de mis productos.]**

Entiendo que si tengo cualquier tratamientos de la piel, depilación láser, cirugía plástica u otro piel alterar procedimientos (tales como botox, rellenos, y pelar químicas), éstos pueden resultar en cambios adversos a mi cosmética permanente. Reconozco que algunos de estos posibles cambios negativos no sean corregibles. _____ (inicial)

He recibido instrucciones para el cuidado antes y después de mi tatuaje del sitio web de la proveedor, y estrictamente se adhiere a tales instrucciones. Entiendo que mi falta de hacerlo puede poner en peligro mis posibilidades para un procedimiento exitoso. Si estoy tomando alguna medicación para la depresión o otra prescripción para alterar el estado de ánimo, aconsejo al artista. Si he tenido herpes labial, consultaré y me adheriré estrictamente a las instrucciones de mi médico, antes de contemplar cualquier procedimiento cosmético permanente o semipermanente alrededor de los labios. _____ (inicial)

Entiendo que, después de enviar mi formulario de admisión y fotos, puede que no sea un candidato para el procedimiento de que deseo y que esta proveedor ha sugerido procedimiento alternativo.

Entiendo que tomar fotografías de antes y después de mi procedimiento es una condición del procedimiento. Certifico que he leído e inicializado de los párrafos anteriores y comprender este permiso consentimiento y procedimiento. Acepto toda la responsabilidad por la decisión de tener este tatuaje cosmético hecho.

FIRMA DE CLIENTE

FECHA

Para evitar complicaciones imprevistas, por favor, marque “S” (sí) o “N” (no) junto a las siguientes preguntas, aunque la pregunta no parece aplicarse para su procedimiento. Por favor sea honesto, incluso si se siente avergonzado por su respuesta. Mis preguntas son para su salud y la curación apropiada. Haré mi mejor esfuerzo para acomodar cualquier problema.

_____ ¿Ha usted tenido maquillaje semipermanente o permanente? ¿Si sí, cuando? _____

_____ ¿Ha usted tenido botox, relleno u otros inyectables durante el último mes? ¿Si sí, cuando? _____

_____ ¿Y donde en su cara? _____

Nota: (3 meses es mínima después de rellenos de labios, 6 meses-1 año es mejor antes **tatuaje del labio**. **Por favor, consulte su médico para 10 mg de prednisona por el día del procedimiento**)

_____ ¿Tiene usted prótesis orales tales como las prótesis dentales o aparatos (sólo **tatuaje del labio**)?

_____ ¿Tiene usted una barra de perforación de la lengua (sólo **tatuaje del labio** – si es así, elimine, ya que es una trampa de bacterias durante la cura)?

_____ ¿Tiene usted frecuente o una reciente infección sinusal (sólo **tatuaje del labio** – *puede ser propenso a las infecciones de levadura oral*)?

_____ ¿Ha usted completado recientemente un curso de antibióticos (sólo **tatuaje del labio** – *puede ser propenso a las infecciones de levadura oral y su inmunidad puede ser menor en este momento*)?

_____ ¿Es usted fumador? (Fumar afecta a sanidad para **todos los tatuajes** y pueden causar grandes problemas con los **tatuaje del labio**)

_____ ¿Toma usted medicamentos antiácidos (sólo **tatuaje del labio**)?

_____ ¿Está usted embarazada o amamantando? **La ley de Oregon me impide tatuaje de una mujer embarazada.** Si está amamantando, déjeme saber por favor por lo que puedo aconsejarle)

_____ ¿Tiene usted epilepsia/convulsiones de cualquier tipo o tomar medicación para controlarlos?

_____ ¿Tiene usted cualquier trastornos autoinmunes, incl. psoriasis y/o eczema? ¿Si sí, entonces, qué y dónde en su cuerpo?

_____ ¿Actualmente o ha usted tenido cáncer? En caso afirmativo, sírvase indicar **cáncer de tipo y tipo y fecha de último tratamiento:** _____

_____ ¿Tiene usted VIH o SIDA? Si es así, lo siento, pero la ley de Oregon me impide tatuaje porque un sistema inmune fuerte es necesario para la curación y metabolizar correctamente el pigmento.

_____ ¿Ha usted tenido una pela química o láser? ¿Si sí, cuando? _____

_____ ¿Ha usted tomado aspirina, ibuprofeno (Advil), Aleve, aceite de pescado, niacina, vitamina A, vitamina E o cualquier otros anticoagulantes medicamentos/suplementos dentro de 7 días de la fecha de su cita de tatuaje? ¿Si sí, entonces, qué y cuándo? (Diluyentes de la sangre hacerle sangrar más mientras trabajo, extendiendo el tiempo del procedimiento)

_____ ¿Toma usted antidepresivos o medicaciones que alteran el estado de ánimo? ¿Si sí, entonces, qué y cuándo? (Tengo que preguntar por la ley): _____

- _____ ¿Tiene usted problemas con la cicatrización? Si es así, por favor de explicar: _____
- _____ ¿Obtiene usted cicatrices queloides (gruesas, levantado) u otros hipertrofia al cura?
- _____ ¿Ha usted tenido fiebre ampollas, aftas o herpes labial (sólo **tatuaje labio**)? **Si es así, por favor vea su médico para aciclovir u otros antivirales y según las instrucciones; explicar que usted está recibiendo un tatuaje del labio.**
- _____ ¿Tiene usted recibido radiación o quimioterapia en los últimos 6 meses? Si es así, cuando? _____
- _____ ¿Ha usted usado Retin-A, retinol o cualquier exfoliaciones químicas como los productos AHA durante el último mes?
¿Si es así, cuando? _____
- _____ ¿Usa usted lentes de contacto? (Por favor, **usa anteojos** para procedimientos de **delineador de ojos**)
- _____ ¿Ha usted tenido cualquier cirugía del ojo o el párpado en los últimos 3 meses (para procedimientos **de delineador de ojos**)? Si es así, ¿qué y cuándo? _____
- _____ ¿Ha usted tenido cualquier **productos con cafeína** (incl. Red Bull, Coca-Cola, etc.) dentro de **48 horas de su cita de tatuaje**? (La cafeína es un anticoagulante, causando que más sangran mientras trabajo, hacer el trabajo más)
- _____ ¿Ha usted tenía alcohol dentro de 7 días de la fecha de su cita de tatuaje? (El alcohol es un anticoagulante, causando que más sangran mientras trabajo, hacer el trabajo más. También, **por la ley, yo no puedo tatuaje a un cliente ebrio.**)
- _____ ¿Ha usted teñido, encerado, usado el hilo o azucarado para depilar su área de tratamiento **dentro de 72 horas de su fecha de cita**? Si es así, cuando? _____
- _____ ¿Ha usted tenido depilación láser alrededor del área de tratamiento durante el último mes? ¿Si sí, cuando? _____
- _____ ¿Ha usted tenido "microneedling" o "dermaplaning" durante el último mes? ¿Si sí, cuando? _____
- _____ ¿Ha usted estado se expuesto al sol durante más de 15 minutos dentro de **72 horas de su fecha de cita**? ¿Si sí, cuándo? _____
- _____ ¿Ha usted ejercitado o tenido un sauna o dedicado a cualquier otra actividad que podría elevar la temperatura corporal dentro de **48 horas de su cita de tatuaje**? (Si es así, puede producir más aceites, que causan la decoloración prematura.)
- _____ ¿Está usted tomando **algún medicamento**, incluyendo inmunosupresores, antiinflamatorios o esteroides? Si responde sí, indíquelo al final. (Estos pueden interferir con la curación, ya que su sistema inmune y son diluyentes de la sangre; sin embargo, es útil para los clientes del **tatuaje de labios** tomar un sola vez esteroides como prednisona)
- _____ ¿Es usted alérgico a preparaciones tópicas antibióticas como Polysporin, bacitracina, Neosporin o productos derivados del petróleo (vaselina)? ¿Si es así, cuáles? _____
- _____ ¿Es usted alérgico a la lidocaína, tetracaína u otros "-caine" anestésicos tópicos? ¿Si sí, cuáles? _____
- _____ ¿Es usted alérgico a la epinefrina (a menudo usada con anestésicos locales, como en el dentista)?
- _____ ¿Es usted alérgico a la cera de abejas, que usted sabe?
- _____ ¿Existe algún antecedente de enfermedades de la piel o sensibilidad notable de la piel en **el área de tratamiento**, incluyendo las siguientes:
- _____ acné pustulosa, quística o generalizada más pequeñas espinillas
- _____ piel figrasana (su piel es tan delicada como un huevo duro pelado)
- _____ piel gruesa (su piel es tan gruesa o casi tan gruesa como una cáscara de naranja)
- _____ de poros grandes (su piel se ve casi como una cáscara de naranja)
- _____ profundas arrugas
- _____ piel roja, lleno de baches o escamosa, o tiene picazón en la piel
- _____ otras enfermedades de la piel o lesiones en su cara? Por favor especifique _____
- _____ ¿Tiene usted la piel normal? Por favor realizar la **Skin Type Tissue Test** at ExpertBeauty.com/Resources:
- _____ piel normal
- _____ piel grasa
- _____ piel seca
- _____ piel combinación (¿donde los tejidos palillo? _____)
- _____ ¿Se arde usted con facilidad? Por favor, compruebe que se aplica a usted **después de 1 hora en el sol de mediodía**:
- _____ siempre quemar; nunca tiene el bronceado
- _____ arde con facilidad, rara vez tiene el bronceado
- _____ a veces quemar; gradualmente desarrollo un bronceado
- _____ rara vez quemar; desarrollo un bronceado con facilidad
- _____ mi piel se vuelve más oscura, per nunca arde
- _____ desarrollo un bronceado con facilidad, pero nunca arde; a veces mi piel se vuelve un poco gris
- _____ ¿Es usted una pelirroja natural?
- _____ ¿Es necesario tomar antibióticos durante procedimientos médicos invasivos o dentales?
- _____ ¿Para mujeres premenopáusicas, anticipar en su periodo en el tiempo que quisiera hacer la cita?

- ___ ¿Tiene usted alguna condición del corazón? Si es así, por favor de explicar: _____
- ___ ¿Tiene usted alopecia? ¿Si es así, dónde? _____
- ___ ¿Ha usted tomado el Accutane en **los últimos 6 meses**? Si es así, ¿Cuándo fue su último tratamiento? _____
- ___ ¿Tiene usted hepatitis?
- ___ ¿Padece usted de diabetes?
- ___ ¿Tiene usted algún problema de tiroides? Si es así, Si es así, por favor de explicar: _____
- ___ ¿Tiene usted una tendencia a sangrar excesivamente de cortes menores? (Esto sugiere que la sangre no coagula bien, lo que significa que a sangrar más durante el procedimiento, haciendo el trabajo más).
- ___ ¿Desarrola usted los moretones fácilmente?
- ___ ¿Tiene usted hemofilia?
- ___ ¿Tiene usted esclerosis múltiple?
- ___ ¿Toma usted los medicamentos diluyentes de la sangre? Si sí, por favor indicar: _____
- ___ ¿Toma usted los esteroides o corticosteroides como la prednisona? Si es así, por favor indicar tipo y diariamente dosis:

Nombre de médico & número de teléfono **(REQUIRIDO)**: _____

Condiciones Médicas	Medicamentos

Testifico que yo contesté todas las preguntas anteriores verazmente y con exactitud. Entiendo que si la proveedor encuentra lo contrario, mi servicio puede ser cancelado, mi deposito no reembolsable retenido y puede cobrar el total de la costa por el servicio.

FIRMA DE CLIENTE

FECHA

FIRMA DE PROVEADOR

FECHA

Imprimir este formulario, **llene** este formulario y **tomar fotos** de las páginas **1-4**. Por favor, envíelas a mí vía WhatsApp, Viber, SMS a 503-706-8641; si se acepta la cita, por favor traiga la forma con usted a la cita.