Nombre del estudio_____

Consentimiento y formulario de salud para eliminación de tatuajes con láser

Esto toma unos cinco minutos. Cubre tu serie de tratamientos; antes de cada sesión posterior respondes una revisión corta.

Sobre ti

Tu nombre
Nombre

Apellido

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

Celular

Correo electrónico

Dirección
Dirección

Ciudad, estado, código postal

Foto de tu identificación

Adjunta una copia de la identificación con foto a este formulario

Contacto de emergencia

Tu tipo de piel

Tu tatuaje

¿Dónde está el tatuaje?

Marca o describe el lugar

Colores de tinta en el tatuaje

☐ Negro ☐ Azul oscuro ☐ Azul claro ☐ Verde ☐ Rojo ☐ Naranja ☐ Amarillo ☐ Morado
☐ Café ☐ Blanco ☐ Tono piel ☐ No estoy seguro

¿Más o menos cuántos años tiene el tatuaje?

☐ Menos de un año ☐ 1 a 5 años ☐ 5 a 10 años ☐ Más de 10 años

¿Quién hizo el tatuaje?

☐ Un artista profesional ☐ Un aficionado o yo mismo ☐ Maquillaje permanente ☐ No estoy seguro

¿Te has hecho tratamientos de eliminación en este tatuaje antes?

☐ Sí ☐ No

¿Cuántos, de qué tipo y cuándo fue el último?

Tu objetivo

☐ Quitarlo lo más posible ☐ Aclararlo para cubrirlo con otro tatuaje ☐ Quitar una parte

Fotos del tatuaje hoy (opcional)

Adjunta una copia a este formulario

Preguntas de salud

Estas preguntas son política de la propia clínica. Ayudan a tu técnico a planear un tratamiento seguro. No son consejo médico: si tienes una duda sobre tu salud o tus medicamentos, pregúntale a tu médico.

¿Estás embarazada o amamantando?

☐ Sí ☐ No

¿Has tomado isotretinoína (Accutane u otro medicamento parecido para el acné) en los últimos 6 meses?

☐ Sí ☐ No

¿Cuándo lo dejaste?

¿Tomas algún medicamento o suplemento que haga tu piel sensible a la luz, como algunos antibióticos, medicamentos para el acné o la hierba de San Juan?

☐ Sí ☐ No

¿Cuáles?

¿Alguna vez te pusieron inyecciones de oro o tomaste tabletas de oro (un tratamiento antiguo para la artritis)?

☐ Sí ☐ No

¿Alguna vez tuviste una convulsión provocada por luces intermitentes?

☐ Sí ☐ No

¿Te has bronceado, usado autobronceador o quemado con el sol en la zona en las últimas 2 semanas?

☐ Sí ☐ No

¿Tomas anticoagulantes, o aspirina, ibuprofeno o aceite de pescado con frecuencia?

☐ Sí ☐ No

¿Cuáles?

¿Tienes diabetes?

☐ Sí ☐ No

¿Tienes alguna condición o tomas algún medicamento que haga más lenta la cicatrización o afecte tu sistema inmunológico?

☐ Sí ☐ No

Cuéntanos un poco más.

¿Te quedan cicatrices con facilidad o se te forman cicatrices abultadas (queloides)?

☐ Sí ☐ No

¿Tienes alguna condición de la piel, herida abierta o sarpullido en la zona o cerca, como eczema, psoriasis o vitíligo?

☐ Sí ☐ No

¿Cuál?

¿Hay algún lunar, marca de nacimiento o mancha en la zona o cerca que haya cambiado, o has tenido cáncer de piel ahí?

☐ Sí ☐ No

Cuéntanos un poco más.

¿Te da herpes labial (fuegos o calenturas)?

☐ Sí ☐ No

¿Este tatuaje alguna vez se ha abultado, te ha dado comezón o se ha hinchado, o te ha causado una reacción alérgica?

☐ Sí ☐ No

¿Qué pasó y en qué color?

¿Algo más sobre tu salud que deba saber tu artista?

Lo que aceptas

Una serie de sesiones
La eliminación de tatuajes con láser requiere muchas sesiones, con 6 a 8 semanas entre cada una (la clínica lo fija). Cuántas necesito depende de la tinta, los colores, la antigüedad y el lugar del tatuaje, y de mi piel. La clínica no puede prometer que se quite por completo.

Iniciales

Cómo responden las tintas
Algunos colores se aclaran lento o casi nada. Las tintas blancas, tono piel y algunas cosméticas pueden oscurecerse al tratarlas, por eso la clínica puede probarlas primero.

Iniciales

Después de cada sesión
Justo después de una sesión la piel puede ponerse blanca y luego roja e hinchada. Después pueden salir ampollas y costras que deben sanar solas.

Iniciales

Riesgos
Los riesgos incluyen piel más clara u oscura en la zona, un cambio en la textura de la piel, cicatrices e infección. Exponerse al sol y quitarse las costras aumenta estos riesgos.

Iniciales

Prueba en un punto
La clínica puede tratar primero un punto pequeño de prueba y esperar a ver cómo responde mi piel antes de tratar el resto.

Iniciales

Fotos del avance
La clínica toma fotos antes de cada sesión para seguir el avance. Se quedan en mi expediente.

Iniciales

Protección de los ojos
Todos en la sala usan protección para los ojos mientras el láser está encendido. Mantendré la mía puesta hasta que el técnico diga que es seguro quitármela.

Iniciales

Mis respuestas

Respondí las preguntas de salud con la verdad. Le avisaré a la clínica antes de cada sesión si algo cambia.

Iniciales _____

Alcohol y drogas

No estoy bajo los efectos del alcohol ni de drogas.

Iniciales _____

Fotos de tus resultados

Paquete y citas

Las sesiones de un paquete se usan una por tratamiento. Para cambiar una cita avisa con al menos 48 horas de anticipación; si faltas sin avisar, se descuenta una sesión de tu paquete.

Iniciales _____

el estudio usa tus respuestas de salud solo para hacer tu cita de forma segura y para guardar los registros que pide la ley. Nunca se usan para publicidad ni se venden. Se guardan cifradas, y cada vez que alguien del estudio las abre queda registrado.

Tu firma _____ **Fecha** _____

Nombre en letra de molde

Para el técnico (Para el estudio)

Notas del tratamiento

Tipo de piel confirmado por el técnico

☐ Tipo 1 ☐ Tipo 2 ☐ Tipo 3 ☐ Tipo 4 ☐ Tipo 5 ☐ Tipo 6

Número de sesión en la serie

Equipo

Longitud de onda

☐ 532 nm ☐ 694 nm (rubí) ☐ 755 nm (alejandrita) ☐ 785 nm ☐ 1064 nm (Nd:YAG) ☐ Otra

Fluencia

Tamaño del punto

Frecuencia

Pasadas

Duración del pulso

Enfriamiento usado

Respuesta de la piel

☐ Blanqueamiento (escarcha) ☐ Sangrado puntual ☐ Hinchazón ☐ Sin respuesta visible

Prueba en un punto

Fotos de la sesión

Adjunta una copia a este formulario