



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!**

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

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

Por favor de inicializar donde se indica 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 la pigmentación semipermanente o permanente de la piel 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 la 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 de hacer 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 tratamiento 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 alguno medicamento 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 un 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, cuándo? _____

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

_____ ¿Y dónde en su cara? _____

Nota: (3 meses es mínima después de rellenos de los labios, 6 meses-1 año es mejor antes **tatuaje de los labios**. **Por favor de consultar a 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 de los labios**)?

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

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

_____ ¿Ha usted completado recientemente un curso de antibióticos (sólo **tatuaje de los labios** – *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 de los labios**)

_____ ¿Toma usted medicamentos antiácidos (sólo **tatuaje de los labios**)?

_____ ¿Está usted embarazada o amamantando? **La ley de Oregon me impide tatuajar a 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, por favor de indicar **el tipo de cancer y tipo y fecha de último tratamiento:** _____

_____ ¿Tiene usted VIH o SIDA? Si es así, lo siento, pero la ley de Oregon me impide tatuajarle 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, cuándo? _____

_____ ¿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, levantadas) 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 seguir las instrucciones; explicar que usted está recibiendo un tatuaje de los labios.**
- ___ ¿Tiene usted recibido radiación o quimioterapia en los últimos 6 meses? Si es así, cuándo? _____
- ___ ¿Ha usted usado Retin-A, retinol o cualquier exfoliaciones químicas como los productos AHA durante el último mes?
- ___ ¿Si es así, cuándo? _____
- ___ ¿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 más sangre mientras trabajo, haciendo más tiempo para el trabajo)
- ___ ¿Ha usted tenido alcohol dentro de 7 días de la fecha de su cita de tatuaje? (El alcohol es un anticoagulante, causando más sangre mientras trabajo, haciendo más tiempo para el trabajo. 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, cuándo? _____
- ___ ¿Ha usted tenido depilación láser alrededor del área de tratamiento durante el último mes? ¿Si sí, cuándo? _____
- ___ ¿Ha usted tenido «microneedling» o «dermaplaning» durante el último mes? ¿Si sí, cuándo? _____
- ___ ¿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 una 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 los 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)
- ___ arrugas profundas
- ___ piel roja, lleno de baches o escamosa, o tiene picazón en la piel
- ___ otras enfermedades de la piel o lesiones en la cara? Por favor de especificar _____
- ___ ¿Tiene usted la piel normal? Por favor realizar la **Prueba de tipo de la piel** at HermosaChicaPDX.com/recursos
- ___ piel normal
- ___ piel grasosa
- ___ piel seca
- ___ piel combinación (¿dónde los tejidos se adhirieron? _____)
- ___ ¿Se arde usted con facilidad? Por favor, de comprobar que se aplica a usted **después de 1 hora en el sol de mediodía**:
- ___ siempre quemar; nunca tener el bronceado
- ___ quemar con facilidad, rara vez tener el bronceado
- ___ a veces quemar; gradualmente desarrollo un bronceado
- ___ rara vez quemar; desarrollo un bronceado con facilidad
- ___ la piel se volver más oscura, per nunca quemar
- ___ desarrollar un bronceado con facilidad, pero nunca quemar; a veces la piel se volver un poco gris
- ___ ¿Es usted un pelirrojo 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, 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 más sangre mientras trabajo, haciendo más tiempo para el trabajo).
 ¿Desarrolla 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 de indicar el tipo y la dosis diaria: _____

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

| 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 todo el formulario con usted a la cita.

INFORMACION IMPORTANTE PARA SABER ANTES DEL TIEMPO DE SU TATUAJE

- **Por favor de evitar las bebidas alcohólicas durante una semana** a su cita. Esto es para controlar el sangrado mientras trabajo para no afectar la retención del pigmento; de lo contrario, me lleva más tiempo y cuesta más.
- **Por favor de evitar la aspirina, ibuprofen, Aleve, vitaminas A o E, niacina y aceite de pescado durante una semana** antes de su cita, a menos que se indique lo contrario su médico (liste en la sección de medicamentos)
- **Por favor, abstenerse de las bebidas con cafeína, incluyendo Red Bull, Coca-Cola, café, té, etc., durante 48 horas** antes de su cita. Esto es para controlar el sangrado mientras trabajo para no afectar la retención del pigmento; de lo contrario, me lleva más tiempo y cuesta más.
- **Por favor, no hacer ejercicio o participar en otras actividades que calienta el cuerpo durante 48 horas** antes de la cita, porque hacer tan hará que sus poros ampliar, poner más aceite y sal a la superficie de la piel

Si no cumplir con lo anterior es probable que resulte en el sangrado adicional mientras que trabajo, que se extenderá la duración de la cita. Se le cobrará \$100 por hora para cualquier tiempo adicional debido a sangrado excesivo no representado por indicaciones médicas en su formulario de admisión.

- Para los procedimientos de **cejas y párpados**, por favor **no use ningún maquillaje de ningún tipo, incluyendo teñido crema hidratante o protector solar, desde los pómulos hacia arriba** en el día de su cita.
- Para procedimientos **de los labios**, por favor **no use ningún maquillaje de ningún tipo, incluyendo teñido crema hidratante o protector solar, desde los pómulos hacia abajo** en el día de su cita
- **Por favor no use la cera, el hilo, o el azúcar o otro metodo para depilar, o teñir su cerca de la zona de tratamiento durante 72 horas** antes de su cita
- **Por favor no expona su piel al sol para 72 horas** antes de su procedimiento
- Para los procedimientos de **delineador de ojos**, por favor **no utilizar un rizador de pestañas o perm o teñir sus pestañas durante 72 horas** antes para su cita
- Para procedimientos de **delineador de ojos**, **tener las extensiones de pestañas quitadas una semana** antes de la cita
- No tiene ninguna de los siguientes procedimientos para **al menos un mes** antes de su cita:
 - Producto químico pela
 - Retin-A o retinol
 - Dermaplaning o microneedling
 - Depilación láser cerca de la zona de tratamiento
 - IPL o nitrógeno líquido para el tratamiento de arañitas o crecimientos superficiales de la piel cerca de la zona de tratamiento
 - Botox, rellenos, u otros inyectables cerca de la zona de tratamiento
- Para el **tatuaje de labios**, por favor, **no tiene relleno de labio durante al menos 3 meses antes** de su cita
- Que debe haber terminado su **última dosis de Accutane o quimioterapia** al menos **6 meses antes** de su cita
- Que **tendrá que evitar la exposición al sol y sumergirse su cabeza en cloro, mar, o frescos cuerpos de agua al menos dos meses después de su cita inicial, y al menos dos meses despues el retoque**, así que plan por consiguiente
- Por favor **lavar el cabello antes de la cita**, porque su tiempo en la ducha será limitado para la primera semana
- **La ley de Oregon prohíbe nadie entre con usted en la sala de tratamiento**, por lo que no traiga a un amigo o miembro de la familia 😊
- **Todas las interacciones del cliente se realizan por medio de texto**, incluyendo comunicaciones antes y después de la cita
 - Se les pide a los clientes para **confirmar** sus cita haciendo clic en un vínculo incluido en un **mensaje de texto 48 horas antes de la cita**. Este texto viene de un número de "código abreviado," como 89985.
 - Clientes **no confirmando** dentro de las 48 horas pueden tener su cita **cancelada y perderán el depósito no reembolsable**.
- **Nota:**
 - **De aviso 48 horas se requiere** para cancelación o cambio de su hora de la cita. **Su depósito no es reembolsable incluso si cancelar o cambiar su tiempo de 48 horas o más por adelantado, por cualquier razón.**
 - **Clientes que no están adecuadamente preparados** o que **no han seguido las instrucciones anteriores perderá sus depósito** y puede tener sus **citas canceladas** y pueden **cargarse todo el cantidad** del servicio

¡LLEGAR A TIEMPO!

- Con el fin de medir y diseñar su nuevo look, consultar, aplicar anestesia y pasar formularios necesarios, necesito tiempo completo asignado (hasta **4+ horas de tatuaje**) para la cita, así que es importante llegar a tiempo. Trato a todos los clientes como individuos únicos y por lo tanto **no puede dar una estimación de la hora exacta para el tiempo de su procedimiento.**
- Su cita puede ser **cancelada** y usted puede **cargarse todo el cantidad** del servicio si tiene más de 15 minutos de retraso. **ENVIEME UN MENSAJE DE TEXTO A 503-706-8641 si está ejecutando tarde.**
- **ESTACIONAMIENTO:**
 - Permite **por lo menos media hora para encontrar aparcamiento**, especialmente si usted tiene un SUV - **O tome Lyft, transito o similar**
 - **Dos streetcar líneas de servicio** (la A y NS norte) ejecutar casi al frente de Sola, parada en 10 y Glisan, cruzando la calle; B & NS sur parada a sólo una cuadra de distancia, en 11 y Glisan)
 - **No hay largo plazo aparcamiento en la calle**, y usted no será capaz de salir durante el servicio para alimentar el metro o interrumpir el servicio cuando su "Parking Kitty app" termina así que usted puede agregar más tiempo; es mejor encontrar un **aparcamiento "lot" superficie o estructura**
 - Clientes con **SUVs** puede tener dificultad de aparcamiento en un "lot" superficie, así que busca una estructura en su lugar
 - Estructuras o lotes de estacionamiento se puede encontrar en:
 - 955 NW Hoyt St., Portland, OR 97209 al lado de Sola (**NOTA:** este "lot" superficial es generalmente completo, por favor planea buscar en otros lugares)
 - 475 NW 9th Ave, Portland, OR 97209 ("**lot**" **superficie** a NW Glisan & Park)
 - 455 NW 12th Ave, Portland, OR 97209 ("**lot**" **superficie** a NW 12th, entre Flanders & Glisne)
 - 690 NW 6th Ave., Portland, OR 97209 ("**lot**" **superficie** a NW 6th & Irving)
 - 1025 NW Station Way, Portland, OR 97209 (**estructura** a NW Marshall & Station Way) ← **el mejor precio**
 - 1111 NW Davis St., Portland, OR 97209 (**estructura** a NW 11th Ave. & Davis St.)
 - 1469 NW Johnson St., Portland, OR 97209 (**structure** at NW 15th Ave., entre Kearney & Johnson)
- **Pagos y Propinas:**
 - Clientes me preguntan esto, así que aquí va: **la propina estándar** para servicio de belleza es de 20-25%; es costumbre que para esto debe calcularse sobre el precio completo del servicio, antes el precio especial (antes de que cualquier no reembolsables de depósito), pero no en los productos.
 - **Pero, por favor, propinas son enteramente opcionales; ¡es un placer atenderle! Saldos son debidos a la hora de la cita. Tomar dinero en efectivo o cualquier débito, tarjeta Visa, Mastercard o Discover. Lo siento, no tomo AMEX.**

Entiendo y estoy de acuerdo con lo anterior.

Firme de Cliente

Fecha