

DIANA'S BROW OBSESSION



INFORMED CONSENT, MEDICAL HISTORY & RELEASE FORM CONSENTIMIENTO INFORMADO, HISTORIAL MÉDICO Y FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

Client name/
Nombre del cliente : DOB/
Fecha de nacimiento :

Email address/
Dirección de email : Phone #/
Teléfono # :

Technician Name/
Nombre del técnico : Date/
Fecha :

POSSIBLE RISKS, HAZARDS OR COMPLICATIONS POSIBLES RIESGOS, PELIGROS O COMPLICACIONES

Pain : There can be pain even after the topical anesthetic has been used. Anesthetics work better on some people than others.

Dolor: Puede haber dolor incluso después de haber utilizado el anestésico tópico. Los anestésicos funcionan mejor en algunas personas que en otras.

Infections : Infections is very unusual. The areas must be kept clean and treated as open wounds. See "Aftercare instructions card" for more details.

Infecciones : Las infecciones son muy inusuales. Las zonas deben mantenerse limpias y tratarse como heridas abiertas. Consulte la "Tarjeta de instrucciones de cuidados posteriores" para obtener más detalles.

Uneven pigmentation : This can result from poor healing, infection, bleeding or many other causes, Your follow up appointment will likely correct any uneven appearance.

Pigmentación desigual: Puede ser el resultado de una mala cicatrización, una infección, una hemorragia o muchas otras causas.

Asymmetry : Every effort will be made to avoid asymmetry but our faces are not symmetrical so adjustments may be needed during the follow up session to correct any unevenness.

Asimetría : Se hará todo lo posible para evitar la asimetría, pero nuestros rostros no son simétricos, por lo que pueden ser necesarios ajustes durante la sesión de seguimiento para corregir cualquier desnivel.

Excessive swelling or bruising : Some people bruise and swell more than others. Ice packs may help and they will typically disappear within 1-5 days.

Hinchazón o hematomas excesivos: Algunas personas presentan hematomas y se hinchan más que otras. Las compresas de hielo pueden ayudar y suelen desaparecer en 1-5 días.

Anesthesia : Topical anesthetics are used to numb the area to be tattooed. Lidocaine, Prilocaine, Benzocaine, Tetracaine and Epinephrine in a cream or gel form are typically used. If you are allergic to any of these please inform your technician now.

Anestesia : Se utilizan anestésicos tópicos para adormecer la zona a tatuar. Normalmente se utiliza lidocaína, prilocaína, benzocaína, tetracaína y epinefrina en forma de crema o gel. Si es usted alérgico a alguno de ellos, informe a su técnico.

Fever blisters : If you are prone to cold sores or fever blisters (herpes simplex). There is a high probability that you will get them. It is advised that you call your doctor for a prescription antiviral to help prevent this from occurring.

Ampollas de fiebre : Si eres propenso a tener herpes labial o ampollas de fiebre (herpes simple). Existe una alta probabilidad de que las contraiga. Se aconseja que llame a su médico para que le recete un antiviral que le ayude a prevenir esta forma.

Allergic reaction : There is a small possibility of an allergic reaction. You may take a 5-7 days patch test to determine this. Please initial to :

Waive..... or Take

Reacción alérgica : Existe una pequeña posibilidad de reacción alérgica. Puede realizar una prueba de parche de 5 a 7 días para determinarlo. Por favor, ponga sus iniciales en :

Renuncie a o tome

I have read and understand very well.
He leído y entiendo muy bien.

Signature/ Date/
Firma Fecha

You must read and fill out this form completely, making certain that you understand everything and type/write your initials before each one, to indicate you understand them completely. As a client, it is your responsibility to inform the technician of all possible concerns before they begin your procedure.

Debe leer y rellenar este formulario por completo, asegurándose de que entiende todo y escribir sus iniciales antes de cada uno, para indicar que los entiende completamente. Como cliente, es su responsabilidad informar al técnico de todas las posibles dudas antes de que comience su procedimiento.

_____ I am not pregnant /nursing.
No estoy embarazada ni estoy amamantando.

_____ I will follow the aftercare instructions given to me.
Seguiré las instrucciones de cuidados posteriores que se me den.

_____ I understand permanent makeup is a form of tattoo that requires implantation of pigment into the skin.
Tengo entendido que el maquillaje permanente es una forma de tatuaje que requiere la implantación de pigmentos en la piel.

_____ I understand that a certain amount of discomfort is associated with this procedure and that swelling, redness and bruising may occur.

Entiendo que este procedimiento conlleva ciertas molestias y que puede producirse hinchazón, enrojecimiento y hematomas.

_____ I am not under the influence of alcohol or drugs or any other substances, legal, or otherwise.

No estoy bajo los efectos del alcohol o las drogas ni de ninguna otra sustancia, legal o no.

_____ I understand it is my responsibility to advise my technician of any concerns I have before the procedure.

Entiendo que es mi responsabilidad informar a mi técnico de cualquier preocupación que tenga antes del procedimiento.

_____ I understand the final result depends on how i follow the aftercare, skin type, lifestyle, and coming for touch ups.

Entiendo que el resultado final depende de cómo siga los cuidados posteriores, del tipo de piel, del estilo de vida y de que venga a retocarse.

_____ I understand that implanted pigment color can slightly change or fade over time due to circumstances beyond your control and I will need to maintain the color with future applications and a touch up session within 90 days.

Entiendo que el color del pigmento implantado puede cambiar ligeramente o desvanecerse con el tiempo debido a circunstancias ajenas a su control y necesitare mantener el color con futuras aplicaciones y una sesión de retoque en los siguientes 90 días.

_____ I will tell all skin care professionals or medical personnel about my permanent makeup procedures especially if I'm scheduled for an "MRI".

Informaré a todos los profesionales del cuidado de la piel o al personal médico sobre mis procedimientos de maquillaje permanente, especialmente si tengo programada una "resonancia magnética".

_____ I understand some permanent makeup pigment can only be removed with a surgical procedure.

Tengo entendido que algunos pigmentos de maquillaje permanente sólo se pueden eliminar con un procedimiento quirúrgico.

_____ I understand there is a no refund policy and no guarantee has been made as a result of this procedure.

Entiendo que la política de reembolso es nula y que no se ha dado ninguna garantía como resultado de este procedimiento.

_____ I accept full responsibility for the decision to have this permanent makeup (Cosmetic tattoo) work done.

Acepto toda la responsabilidad por la decisión de realizar este trabajo de maquillaje permanente (tatuaje cosmético).



MEDICAL HISTORY HISTORIAL MÉDICO

Have you had Botox/Dysport or any fillers in the last two weeks?/

¿Se ha sometido a Botox/Dysport o a algún tipo de relleno en las últimas dos semanas?

NO _____ YES
SI _____

Are you allergic to Lidocaine, Prilocaine, Benzocaine, Tetracaine or Epinephrine/

¿Es usted alérgico a la Lidocaína, Prilocaina, Benzocaína, Tetracaína o Epinefrina?

NO _____ YES
SI _____

Are you currently using products containing Retin-A or Hyaluronic Acid (or similar ingredient)

? ¿Está utilizando actualmente productos que contienen Retin-A o Ácido Hialurónico (o un ingrediente similar)?

NO _____ YES
SI _____

Check any that apply to you :

Marque las que le correspondan:

_____ Cold Sores
Herpes labial

_____ Diabetes

_____ Pregnant/Nursing
Embarazada/enfermera

_____ Eczema/
Psoriasis

_____ Hepatitis (A,B,C,D)

_____ Heart conditions
Condiciones del corazón

Taking blood thinners such as : Aspirin, Ibuprofen, Alcohol, Coumadin, etc. _____

Tomar anticoagulantes como: Aspirina, Ibuprofeno, Alcohol, Coumadin, etc. _____

Allergies to metal, food such as shell fish, etc. _____

Alergias a los metales, a los alimentos como el marisco, etc. _____

List other medical issues/illnesses here _____

Enumere aquí otros problemas médicos/enfermedades _____



PHOTOGRAPHY AND VIDEOGRAPHY RELEASE CONSENT/ CONSENTIMIENTO DE CESIÓN DE FOTOGRAFÍAS Y VÍDEOS

"Before and After" photos/videos must be taken and kept on file. We would like your permission to use these photos/videos for advertising purposes. Your consent is necessary regarding this. Please CIRCLE one.

Las fotos / videos del "antes y después" deben tomarse y mantenerse en un archivo. Nos gustaría su permiso para usar estas fotos / videos con fines publicitarios. Su consentimiento es necesario al respecto.

POR FAVOR CIRCULE uno.

YES, feel free to use them
SI, siéntase libre de usarlos.

YES, but only procedure area please.
SI, pero sólo en el área de procedimientos, por favor.

NO, Please do not use them.
NO, por favor, no los utilice.

I certify that this informed consent, Medical history and release agreement was completed by me and that all entries in it and information are true and complete to the best of my knowledge.

Certifico que este consentimiento informado, la historia clínica y el acuerdo de liberación fue completado por mí y que todas las entradas en él y la información son verdaderas y completas a lo mejor de mi conocimiento.

Client Signature/
Firma del Cliente

.....

Date/
Fecha

.....

