



FORMULÁRIO MÉDICO PESSOAL 
AUTORIZAÇÃO E LIBERAÇÃO PARA MICROPIGMENTAÇÃO

Lábios / Delineado / Escalpo / Areola / Camuflagem / Sobrancelha

A seguinte informação confidencial médica será propriedade de Marlete Tringale. Isto é requerido para o benefício e segurança do cliente na obtenção de qualquer procedimento realizado no New Reflection Permanent Makeup.

Por favor, leia e complete as seguintes informações cuidadosamente e corretamente. Esperamos que sua experiência seja agradável e agradecemos a vossa colaboração.

Nome Completo: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

Endereço: _____

Ocupação: _____
(informação importante para as instruções de cuidados após o procedimento)

Número de Celular: _____ Outro Número: _____

E-mail: _____

Nós iremos entrar em contato se preciso a respeito do procedimento.

Como você ficou sabendo sobre nós? (circule) Google / Facebook / Instagram / Yelp / Outro / Referência (nome)

Nome do seu clinico geral: _____

Número do seu clinico geral: _____

Atualmente, você está sobre cuidado de um especialista? Sim / Não

Se sim, por que? _____

Nome do Doutor: _____

Número do Doutor: _____

Assinatura do cliente: _____ Data: _____

SEÇÃO 1: Questionário de saúde - Para evitar complicações imprevistas, responda às seguintes perguntas. Para realizar qualquer técnica de micro-pigmentação de forma segura, por favor responda as seguintes questões de saúde com veracidade. Manteremos todas as informações divulgadas de maneira confidencial e as usaremos apenas para determinar se devemos realizar o procedimento.

Você sofre das seguintes doenças ou está tomando algum destes medicamentos?

MARQUE TUDO O QUE SE APLICA	SIM	NÃO
Eu sou menor de 18 anos? Se sim, precisamos do consentimento dos guardiões.		
Você tem hipo-pigmentação?		
Você tem hiperpigmentação?		
Você tem problemas de sagramneto excessive?		
Você já fez algum procedimento de maquiagem semipermanente antes?		
Existe algum histórico de doenças de pele ou sensibilidade cutânea notável?		
Você tem um marcapasso? Ou problemas cardiovasculares?		
Você tem problemas com cicatrização?		
Você consumiu drogas ou álcool nas últimas 24 horas?		
Você tem problemas de tireóide?		
Você tem pressão alta?		
Hemofilia		
Glaucoma		
Asma		
Herpes Ocular		
Diabetes Mellitus (diabetes)		
Doença Renal		
Hepatite A, B, C, D, E, G		
Angina ou dores no peito		
Psoríase		
HIV +		
Doenças de pele		
Você já fez tratamentos com Accutane?		
Olhos Secos		
Cicatrizes de queuloide ou hipertrofia?		
Você tem alérgia a maquiagem?		
Eczema		
Você é alérgico a algum metal? Ou outra alergia? Por favor explique.		
Doenças autoimunes		
Você tem um histórico de herpes labial, herpes ou bolhas de febre? (Para procedimento de lábios, se sim, você precisa tomar anti-viral)		
Doenças infecciosas / febre alta		
Epilepsia		
Você é obrigado a tomar antibióticos durante procedimentos médicos odontológicos ou invasivos?		
Você está grávida ou amamentando?		

Você está passando por radiação, quimioterapia ou qualquer outro tratamento para câncer?		
Você já teve um peeling químico ou laser? Se sim, quando?		
Você é alérgico a preparações antibióticas tópicas ou dessensibilizantes?		
Você está tomando medicação para afinar o sangue (anticoagulantes)?		
Alguma droga que altera o humor nas últimas 8 horas?		
Você teve alguma aspirina ou anticoagulantes na semana passada?		
Algum medicamento que altere o humor nas últimas 8 horas?		
Você é sensível / alérgico ao látex?		
Você nos últimos 14 dias foi operado, no qual você foi exposto à radiação ou a outras intervenções médicas?		
Você está atualmente usando algum produto de cuidado com a pele que contém Retin-A ou alfa-hidroxi?		
Já teve problemas anteriores com tatuagens ou o seu médico aconselhou-o a não fazer uma tatuagem neste momento?		
Você está tomando algum tipo de medicação imunossupressora, como anti inflamatórios e esteróides?		
Você está atualmente tomando vitaminas A ou E em qualquer forma?		
Você usa lentes de contato? (Se sim, entenda que elas devem ser removidas durante o procedimento do delineado e não devem ser substituídas por pelo menos 48 horas)		
Você tem alergia a lidocaine, tetracaine, epinephrine, hydrochloride ou benzocaine?		

Liste todos os medicamentos, tanto com receita médica quanto aqueles que você está tomando atualmente:

Nos conte quaisquer outras condições médicas ou problemas não abordados acima

Contraindicações - Você não é um candidato a micropigmentação se alguma das seguintes situações se aplica a você:

- Gravidez
- Amamentando
- Diabetes Tipo 1
- Lupus
- Hepatite B / C

- AIDS

- Transtornos ativos da pele: feridas de frio, zona, impetigo, psoríase, conjutivite, queimadura solar, acne grave, vitiligo ativo, rosácea grave;

- Distúrbios do Sangue: falciforme, hemofilia

- Formação Queloide

- Transtorno Mental

Restrições:

- Accutane (deve estar sem por 6 meses)
- Esteróides (deve estar sem por 6 meses)
- O Retinol / Retin-A deve ser descontinuado 7 dias antes do procedimento. (Isso fará com que a pele sangre).
- As injeções (Botox, Radiesse, JuveDerm, Voluma, etc.) devem ser feitas 3 semanas antes ou 3 semanas depois.
- Peeling químicas e tratamentos a laser podem não ser feitos dentro de 60 dias antes ou depois do procedimento.
- O uso do Latisse® deve ser interrompido pelo menos 3 meses antes do procedimento do delineador.(caso contrario vai sangrar e nao havera retencao do pigmento)
- Banho de sol ou bronzeador pode danificar a pele e, portanto, comprometer o procedimento.

Ao assinar abaixo, eu reconheço, entendo e concordo que:

A equipe da New Reflections não pratica medicina, não aceita seguro de saúde e não fez nenhuma representação em contrário; As informações fornecidas neste formulário são precisas e completas, tanto quanto é do meu conhecimento, e que a New Reflections não é responsável por complicações ou problemas decorrentes de qualquer informação incorreta ou omitida; Alguns indivíduos terão complicações relacionadas à aplicação de maquiagem permanente / semi-permanente. Essas complicações geralmente são leves e duram apenas alguns dias. No entanto, complicações extremas são sempre uma possibilidade. Eu aceito esses riscos e concordo em manter o New Reflections e seus funcionários e contratados inofensivos para o mesmo; A equipe da New Reflections usará as informações fornecidas acima para avaliar minha adequação aos serviços de micropigmentação propostos.

_____ Data: _____

Assinatura do cliente (ou responsável, se menor de 18 anos)

SEÇÃO 2: RECONHECIMENTO E ACORDOS

Micropigmentação (Permanet MakeUp / Semi-Permanent Makeup) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A natureza e o método do procedimento proposto de maquiagem semi-permanente (tatuagem estética) me foi explicado como tendo os riscos usuais inerentes ao procedimento e a possibilidade de complicações durante e após o seu desempenho. Eu entendo que pode haver uma certa quantidade de desconforto ou dor associada ao procedimento e que outros possíveis efeitos colaterais adversos podem incluir, mas não limitados a: sangramento menor e temporário, hematomas, vermelhidão ou outra descoloração e / ou inchaço, migração de pigmento. Febre bolhas podem ocorrer nos lábios após procedimentos lábio em indivíduos propensos a este problema (se propenso a herpes falar com você PC sobre antiviral). Desaparecimento ou perda de pigmento pode ocorrer. A infecção secundária na área do procedimento é rara, se for bem cuidada, mas pode ocorrer ocasionalmente. Muito raro, mas possível para o seu corpo rejeitar os pigmentos, resultando em um retoque mais frequente. Concordei em ter o procedimento de micro-pigmentação feito por Marlete Tringale em New Reflections e / ou outro profissional técnico, no qual um praticante aplicará maquiagem semi-permanente ou permanente em minhas sobrancelhas, delineador, lábios, aréola, couro cabeludo ou outra parte do corpo. *Ao assinar este formulário, reconheço especificamente que fui informado sobre os fatos e assuntos abaixo, e concordo da seguinte forma:*

(Por favor, coloque suas iniciais na linha ao lado do número depois de entender claramente cada afirmação)

1. _____ Eu informei o praticante de todas e quaisquer das minhas alergias conhecidas. Reconheço que nem sempre é possível determinar com antecedência se posso ter uma reação alérgica a qualquer um dos pigmentos, corantes, preparações tópicas ou processos usados no procedimento; e concordo em aceitar o risco de que tal reação seja possível. É minha responsabilidade aconselhar o artista praticante de quaisquer preocupações que eu possa ter antes do procedimento, mesmo que eu possa tê-lo escrito nesta versão.
2. _____ Eu reconheço que complicações como resultado de procedimentos de maquiagem semipermanentes podem ocorrer, particularmente no caso de as instruções pós-procedimento não serem seguidas, e aceitar total responsabilidade por tais complicações.
3. _____ Eu percebo que meu corpo é único e nem o New Reflections nem seus funcionários ou contratados podem prever como minha pele pode reagir como resultado do procedimento. Nenhuma garantia foi concedida a mim como resultado dessa técnica e o resultado final não pode ser garantido.
4. _____ Eu já tive procedimento de micropigmentação feito anteriormente por outros profissionais, e agora estou contratando New Reflections para realizar um procedimento na mesma área.

____ SIM ____ NÃO

Iniciais: _____

4. _____ *SE SIM*, entendo que corrigir ou retocar a micropigmentação realizada por terceiros envolve riscos adicionais devido à existência de pigmentos permanentes de composição desconhecida, marca, cor, idade, forma e outros fatores sobre os quais a New Reflections não tem controle. Entendo que compromissos adicionais após os compromissos iniciais e de acompanhamento podem ser necessários e serão cobrados nas taxas padrão do New Reflections. Eu entendo que a New Reflections não podem prever os resultados com antecedência e não podem garantir e não representou que os resultados serão como eu desejo. Eu entendo e

aceito totalmente os riscos associados a este procedimento e não ofereço o New Reflections inofensivo.

5. _____ Eu reconheço que o procedimento pode resultar em mudanças duradouras (muitos anos) na minha aparência e que nenhuma representação foi feita para mim quanto à capacidade de alterar ou remover os resultados posteriormente.

6. _____ Eu entendo que futuros procedimentos de alteração da pele, como tratamentos a laser, cirurgia plástica, implantes e / ou injeções podem alterar e degradar minha maquiagem semipermanente, e que devo informar a qualquer prestador de serviços futuro que eu tenha aplicado micropigmentação. Eu entendo e aceito que tais mudanças não são culpa da New Reflections ou de seus funcionários ou contratados. Eu também entendo que tais mudanças ou degradação na minha aparência podem não ser corrigíveis através de procedimentos de maquiagem semi-permanentes.

7. _____ Eu concordo com a admissão de observadores autorizados ao (s) procedimento (s) para fins de educação ou assistência.

8. _____ Eu reconheço que a obtenção da maquiagem semipermanente é minha única escolha, e eu concordo com o procedimento e com seus riscos, e com quaisquer ações ou condutas da New Reflections e seus funcionários e contratados razoavelmente necessários para executar o procedimento.

9. _____ Eu entendo que terei a oportunidade, dentro dos limites de tempo de minha nomeação, para aprovar o design e a cor da maquiagem semi-permanente a ser aplicada, e eu aceito a responsabilidade por ela.

10. _____ Eu autorizo que quaisquer fotografias relevantes sejam tiradas antes e depois do procedimento, para documentar os resultados do procedimento estritamente para o uso interno de Novas Reflexões.

11. _____ [Opcional / Solicitado] Consinto em New Reflections usando fotos de antes e depois de mim como () toda a área de rosto ou () apenas para fins de marketing para exibir suas capacidades e resultados. Se eu der consentimento, poderei a qualquer momento retirar esse consentimento para fotografias específicas entrando em contato com a New Reflections, que então interromperá o uso da (s) foto (s) mencionada (s). Autorizo, Marlete Tringale e New Reflections e seus funcionários, executivos, diretores e agentes de cada um deles ("Pessoas Autorizadas"), para tirar fotos antes e depois e para exibir, para publicidade, publicidade e marketing para qualquer finalidade que julgarem razoavelmente apropriada, sem consentimento adicional ou royalty, pagamento ou outra compensação para mim. Concordo que todos os direitos, títulos e interesses em e para todos esses Materiais são de propriedade exclusiva das Pessoas Autorizadas. Entendo que as Pessoas Autorizadas podem manter ou usar os Materiais agora e no futuro. Entendo que, embora as Pessoas Autorizadas se esforcem para usar minha imagem, semelhança e aparência de acordo com os padrões de bom senso, elas não podem garantir ou garantir que a divulgação da minha imagem, semelhança e aparência estará sujeita à sua supervisão ou controle. Consequentemente, eu libero as Pessoas Autorizadas de toda responsabilidade ou responsabilidade que possa surgir dos atos que eu autorizei ou concordei nesta Seção.

Iniciais: _____

12. _____ Eu tive a oportunidade de fazer todas e quaisquer perguntas que eu pudesse ter sobre a obtenção de procedimentos estéticos semi-permanentes de um especialista em micropigmentação nas novas Reflexões, e que todas as minhas perguntas foram respondidas para minha completa e total satisfação. .

13. _____ Eu recebi uma cópia das instruções de cuidados posteriores.

14. _____ Tenho plena consciência de que todos os meus procedimentos serão executados por um técnico licenciado. Aceito concordar em renunciar e liberar na máxima extensão permitida por lei o técnico e New Reflections e associados de TODA a responsabilidade, por qualquer e todas as reivindicações ou causas de ação que eu, minha herança, herdeiros, executores ou designados pode ter por danos pessoais ou de outra forma, incluindo danos directos e / ou consequentes que resultam ou resultam da aplicação da minha tatuagem Cosmética Permanente.

15. _____ Concordo em reembolsar cada um dos técnicos e as New Reflections por quaisquer honorários advocatícios e custos incorridos em qualquer ação judicial que eu apresente contra o técnico ou New Reflections Permanent Makeup em que o técnico ou NEW REFLECTIONS PERMANENT MAKEUP for a parte prevacente. Concordo que os tribunais de Massachusetts, no condado de Plymouth, terão jurisdição pessoal e foro sobre mim e terão juristicação exclusiva para o propósito de litigar qualquer disputa resultante ou relacionada a este acordo.

16. _____ Eu concordo com a aplicação do procedimento e entendo seus riscos, e quaisquer ações ou condutas do técnico e New Reflections ou qualquer um dos técnicos associados razoavelmente necessários para realizar o (s) procedimento (s). Eu revi e compreendi todas as informações que me foram dadas. Eu entendo que este é um contrato e que eu não recebi garantias ou garantias com qualquer um dos meus procedimentos. Eu também reconheço que, no momento de assinar este consentimento para este (s) procedimento (s), eu era de mente sadia e capaz de tomar decisões independentes por mim mesmo.

Eu li e entendi o conteúdo de cada afirmação acima. Eu reconheço que este é um contrato e que não recebi garantias ou garantias com relação aos benefícios a serem obtidos ou conseqüências do (s) procedimento (s) mencionado (s). Reconheço ainda que, no momento de assinar este consentimento, tenho a mente sadia e sou capaz de tomar decisões independentes por mim mesmo. New Reflections e seus proprietários, gerentes, funcionários e afiliados de todas e quaisquer reclamações, danos ou ações legais decorrentes ou relacionadas de alguma forma com a minha micropigmentação, ou o procedimento e conduta usados em minha realização da minha tatuagem, na máxima extensão permitida pela a lei.

Nome (Por favor, escreva de forma legível)

Data

Assinatura do cliente (ou pai/responsável, para menor de idade) Data

SEÇÃO 3: RISCOS E SINTOMAS

Eu reconheço e aceito o seguinte:

1. Durante o tratamento, apesar de todas as medidas de precaução, a lesão é possível.
2. Apesar da aplicação dos pigmentos mais avançados e de alta qualidade, uma reação alérgica é possível.
3. Qualquer tratamento de pele com aplicação de maquiagem semi permanente ou permanente acarreta uma possível alteração adversa que pode não ser corrigível.
4. Durante e após o tratamento, dor temporária, infecção, cicatrização, inchaço, vermelhidão e / ou comichão podem ocorrer.
5. Dependendo da estrutura da pele, após o primeiro tratamento podem ocorrer pequenas crostas com perda de pêlos e a intensidade da cor pode mudar. Geralmente, as sobrancelhas são até 40% mais escuras e 10-15% mais grossas nos primeiros sete dias. A cor, isto é, a reflexão da cor, depende do pigmento natural da pele. A forma das sobrancelhas é determinada de acordo com as proporções da minha face. Eu entendo que a simetria é determinada digitalmente, com os olhos fechados por causa do impacto negativo da expressão facial.
6. O pigmento é absorvido de forma diferente devido a diferenças na qualidade da pele e, portanto, pode haver coloração inconsistente, espalhamento ou ventilação dos pigmentos.
7. Dependendo da estrutura da pele, é possível alterar a intensidade da cor e será necessário um ou mais tratamentos adicionais. A primeira correção é feita quatro semanas após o tratamento. Para pele extremamente oleosa ou funções não reguladas da tireóide, pode ser necessário realizar mais correções.
8. A duração mínima ou máxima do desenho da sobrancelha não pode ser determinada com certeza.
9. A aplicação de maquiagem semi-permanente ou permanente leva a lesões na pele e é importante nutrir a pele cuidadosa e suavemente após o tratamento para permitir a cicatrização sem complicações. Cuidados inadequados na fase de cicatrização da pele podem levar a resultados ruins. Eu, portanto, vou aderir estritamente às instruções de cuidados posteriores. Eu entendo que minha falha em fazê-lo pode comprometer minhas chances de um procedimento bem-sucedido. Marlete Tringale e New Reflections não serão responsáveis pelo meu fracasso em seguir as instruções de cuidados posteriores. Não utilizarei qualquer outro tipo de creme, exceto os que me foram fornecidos para prevenir possíveis infecções, reações alérgicas e outras complicações. Nos primeiros 10 dias (ou mais, se a cicatrização não for completa) após o procedimento, evitarei natação, banhos de sol, salões de bronzamento, saunas, tratamentos de beleza, treinamento ou outros esportes ou atividade física acompanhados de suor e contato com poeira (por exemplo tarefas domésticas)

Nome (Por favor, escreva de forma legível)

Data

Assinatura do cliente (ou pai/responsável, para menor de idade) Data

SEÇÃO 4: LIBERAÇÃO GERAL E RENÚNCIA

Eu reconheço e reconheço que existem certos riscos de danos pessoais ou pessoais relacionados ao procedimento, e eu voluntariamente concordo em assumir totalmente todos esses riscos, independentemente da gravidade, que eu possa sustentar como resultado do procedimento em qualquer e todas atividades relacionadas ou associadas à aplicação de procedimentos de maquiagem semi permanentes ou permanentes, incluindo, mas não se limitando a, lesões, danos e perdas decorrentes de conseqüências imprevisíveis, ato ilícito, contrato, produtos ou qualquer outra teoria de recuperação.

Eu, para mim e meus herdeiros, designo, representantes pessoais e parentes mais próximos, renuncio e libero expressamente todas e quaisquer reivindicações, agora conhecidas ou futuramente conhecidas, contra Marlete Tringale e New Reflections e seus funcionários, executivos, diretores e agentes de todos e cada um deles (coletivamente, "Lançamentos"), por conta de danos pessoais ou materiais resultantes ou imputáveis ao procedimento, sejam decorrentes de conseqüências imprevisíveis de quaisquer Liberações ou de outra forma. Eu comprometo-me a não fazer ou trazer qualquer reclamação contra qualquer Liberação, e sempre liberar e cancelar todas as Liberações de responsabilidade sob tais reclamações. Todos os assuntos decorrentes ou relacionados a esta renúncia e liberação serão regidos e interpretados de acordo com as leis internas do Estado de Massachusetts, sem dar efeito a qualquer escolha ou conflito de provisão ou regra da lei (seja do Estado de MA ou qualquer outra jurisdição). Qualquer reivindicação ou causa de ação decorrente desta renúncia e liberação pode ser apresentada apenas nos tribunais federais e estaduais localizados no Condado de Plymouth, Estado de MA, e eu concordo com a jurisdição exclusiva de tais tribunais. Entendo que essa renúncia e liberação pretendem ser tão amplas e inclusivas quanto permitido por lei e que, se qualquer parte aqui for considerada inválida, concordo que o saldo continuará em pleno vigor e efeito legais. Eu também concordo que se esta renúncia e liberação não forem válidas como tal no Estado da MA, isso deve ser interpretado como um pacto para não processar.

Eu revi e compreendi todas as informações que me foram dadas. Eu entendo que este é um contrato e que eu não recebi garantias ou garantias com qualquer um dos meus procedimentos. Eu também reconheço que, no momento de assinar este consentimento para este (s) procedimento (s), eu era de mente sadia e capaz de tomar decisões independentes por mim mesmo.

LEIO ESSA DISPENSA E LIBERO E ENTENDO QUE EU DENDO DIREITOS SUBSTANTIVOS ASSINANDO-A. EU ESTOU ASSINANDO ESTA RENÚNCIA E LIBERO A VOLUNTARIAMENTE.

Nome (por favor, escreva de forma legível)

Data

Assinatura do cliente (ou pai/responsável, para menor de idade) Data

To be completed by technician.

OFFICIAL FORMULA RECORDS TO BE HELD BY PROFESSIONAL

Client: _____ Date of Procedure: _____

Price Charged: _____

Specific type of procedure: _____

Type of pigment used: _____

Color Chosen: _____

Needle size: _____

Type of topical: _____

Notes:

Follow up

Date: _____

Price: _____

Color: _____

Needle: _____

Touch up

Date: _____

Price: _____

Color: _____

Needle: _____

Touch up

Date: _____

Price: _____

Color: _____

Needle: _____

Touch up

Date: _____

Price: _____

Color: _____

Needle: _____

Touch up

Date: _____

Price: _____

Color: _____
Needle: _____