



# Scar + Stretch Mark Camouflage Intake

Date

Name

DOB

AGE

Address

Phone

Occupation

Email

## Medical Background

Check all that apply (past and present)

- |                                                                    |                                                                   |                                                             |                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pregnant/Breastfeeding                    | <input type="checkbox"/> Epilepsy                                 | <input type="checkbox"/> Bleeding Disorder, Hemophilia      | <input type="checkbox"/> Keloid/Hypertrophic Disease              |
| <input type="checkbox"/> Cancer                                    | <input type="checkbox"/> Cardiac/Vascular Problems                | <input type="checkbox"/> Recent Surgical Incision           | <input type="checkbox"/> Hormone Replacement Therapy              |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                                  | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS, Hepatitis                      | <input type="checkbox"/> Smoking/Tobacco Use                | <input type="checkbox"/> Psoriasis, Eczema, Rosacea, Dermatitis   |
| <input type="checkbox"/> Transdermal Drug Delivery System          | <input type="checkbox"/> Active Infection                         | <input type="checkbox"/> Thyroid Disorders/Disease          | <input type="checkbox"/> Hives, Herpes, Shingles                  |
| <input type="checkbox"/> Anticoagulants (Blood Thinners)           | <input type="checkbox"/> Scleroderma, Rheumatoid Arthritis, Lupus | <input type="checkbox"/>                                    | <input type="checkbox"/> Allergy to Numbing Agents or Anesthetics |
| <input type="checkbox"/> Pacemaker/Other Electronic Device Implant | <input type="checkbox"/> Raised Lesions, Moles                    | <input type="checkbox"/> Heart/Kidney/Liver Disease         | <input type="checkbox"/> Plastic/Bone Cement/Metal Implants       |
| <input type="checkbox"/> Other Medical Conditions: _____           |                                                                   | <input type="checkbox"/> Botox/Dermal Fillers/Chemical Peel |                                                                   |
| <input type="checkbox"/> Current Medications: _____                |                                                                   |                                                             |                                                                   |
| <input type="checkbox"/> Allergies: _____                          |                                                                   |                                                             |                                                                   |

Please identify the areas you are concerned with and would like a consultation for: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Skin Medications

Please check if you are using any of the following:

- |                                       |                                              |                                                       |
|---------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Accutane     | <input type="checkbox"/> Retin-A             | <input type="checkbox"/> Photosensitizing Medications |
| <input type="checkbox"/> Hydroquinone | <input type="checkbox"/> Alpha Hydroxy Acids | <input type="checkbox"/> Other Topicals: _____        |

By signing below, you agree to the following:

I have completed this form to the best of my ability and knowledge and agree to inform the technician of any changes to the information listed on all the pages of this client intake form. I have been informed of and understand the contraindications to the requested treatments and agree that I do not have any condition(s) that would make the requested treatment unsuitable. I will inform the technician of any discomfort I may experience at any time during my treatment to allow them to adjust accordingly. I agree to waive all liabilities toward the technician and "Salt & Pepper Beauty Bar" for any injury or damages incurred due to my misrepresentation of my health history.

Signature

Date

Which areas are you interested in treating?(Please select all that apply)

- ☐ Abdomen
- ☐ Hips
- ☐ Thighs
- ☐ Buttocks
- ☐ Breasts
- ☐ Arms
- ☐ Other: \_\_\_\_\_



2. Please describe the stretch marks/scars you would like to camouflage:

- Approximate length of stretch marks/scars: \_\_\_\_\_
- Approximate width of stretch marks/scars: \_\_\_\_\_
- Color of stretch marks/scars:
  - ☐ Light
  - ☐ Dark
  - ☐ Red/Pink
  - ☐ White
  - ☐ Other: \_\_\_\_\_

3. How long have you had these stretch marks/scars?

- ☐ Less than 1 year
- ☐ 1-3 years
- ☐ 3-5 years
- ☐ 5+ years

4. Have you had any previous treatments on these areas?

- ☐ Yes
- ☐ No

If yes, please specify: \_\_\_\_\_

5. Do you have any skin conditions or sensitivities?

- ☐ Yes
- ☐ No

If yes, please specify: \_\_\_\_\_

6. Are you currently taking any medications?

- ☐ Yes
- ☐ No

If yes, please list: \_\_\_\_\_

7. What is your desired outcome from the camouflage treatment?

\_\_\_\_\_

8. Do you have any upcoming events or deadlines for this treatment?

- ☐ Yes
- ☐ No

If yes, please specify: \_\_\_\_\_

9. On a scale of 1-10, how would you rate your current level of satisfaction with the appearance of your stretch marks/scars?

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13. How did you hear about us?

- ☐ Referred by a Friend/Business (Please specify): \_\_\_\_\_
- ☐ Social Media
- ☐ Online Search
- ☐ Other: \_\_\_\_\_

14. Do you have any questions or concerns you'd like to discuss during the consultation?

\_\_\_\_\_

By signing below, you agree to the following:

I have completed this form to the best of my ability and knowledge and agree to inform the technician of any changes to the information listed on all the pages of this client intake form. I have been informed of and understand the contraindications to the requested treatments and agree that I do not have any condition(s) that would make the requested treatment unsuitable. I will inform the technician of any discomfort I may experience at any time during my treatment to allow them to adjust accordingly. I agree to waive all liabilities toward the technician and "Salt & Pepper Beauty Bar" for any injury or damages incurred due to my misrepresentation of my health history.

Signature

Date



## Scar + Stretch Mark Camouflage Fags

*What is scar & stretchmark camouflage?*

Stretch Mark & Scar Camouflage is a paramedical aesthetic technique using a tattooing method (micropigmentation) with customized flesh tone pigments. This technique is intended to create a pigment illusion in order to disguise the area that is affected. This technique does not remove the scar or stretch mark but conceals it to make it less noticeable.

*What type of scars and stretch marks can be camouflaged?*

The most common areas treated are healed scars from past injury, surgery, abdominoplasty, breast augmentation and stretch marks.

*Is it painful?*

This treatment may be painless to mildly uncomfortable depending on your specific pain threshold. Depending on the area, a topical anesthetic may be applied to lightly numb the area in order to make the treatment comfortable.

*Is there any downtime?*

This is a noninvasive procedure similar to a tattoo. Therefore, there is little to no downtime and most people can resume daily living in the same day or the next day. Aftercare is extremely important so we recommend that you take the day off to relax and avoid touching the area for the best results.

*How long does this treatment take?*

On average, a session is 1-3 hours depending on the area.

*What to expect before and after treatment*

Wear loose comfortable clothing! Consultation and consent forms will be reviewed and established during your consultation. The area will be evaluated to determine if you're a candidate. As a client, we will assess your skin tone and perform a custom pigment formula to match. Medical pigment camouflaging is an unpredictable process, therefore, this color spot test is crucial. As with cosmetic tattooing and permanent makeup, the final healed color may be different from when the pigment was initially applied. The area treated will be red, raised, and inflamed immediately after the procedure and may take a few days to subside but this is normal and to be expected. Minor itchiness can be relieved by rubbing Aquaphor ointment on the area.

*Can I receive the scar & stretch mark camouflage treatment if I am pregnant or breastfeeding?*

Our highest priority is the safety of you and your baby. Unfortunately, we are unable to treat you while pregnant or breastfeeding. We look forward to treating you once you are no longer pregnant or breastfeeding.

*Is this treatment suitable for all skin types?*

Generally, yes! However, there are a small number of people who the treatment would not be suitable for. Your scars and stretch marks need to be at least two years old, lighter than your skin tone and completely healed.

*Can I get the scar & stretch mark camouflage treatment if I tan my body?*

We create the custom color blend to match the color of your natural skin color. It's best to wait until your tan has faded, so that the custom blend of pigmentation colors matches perfectly with your natural tone. Please schedule your session accordingly 6 weeks post sun exposure.

*How long will results last?*

According to our industry, it'll last 5 years, or more provided that the correct after-care procedures are adhered to. You may or may not need a touch up after 5-6 years. Remember, a stretch mark is a scar and so the skin is trickier to penetrate. In addition, as we age, all tattoos transition and change on our skin because there's less elasticity and melanin production. This can effect your stretch mark camouflage tattoo, as well.



Date

# Scar + Stretch Mark Camouflage Consent

## Personal Information

Name

DOB

AGE

1. \_\_\_\_\_I agree that I am over the age of 18, am NOT under the influence of alcohol or drugs, am NOT pregnant or nursing and desire to receive the scar and stretchmark camouflage procedure.
2. \_\_\_\_\_I understand that needles are used for the scar and stretchmark camouflage procedure to inject color pigments into the upper layers of the skin over the scar and/or stretchmark.
3. \_\_\_\_\_I have been informed of the nature, risks, and possible complications and consequences of the scar and stretchmark camouflage procedure. I understand the procedure may have known or unknown complications including but not limited to: infection, allergic reaction, scarring, keloiding, inconsistent color, and the spreading or fading of pigments used.
4. \_\_\_\_\_I understand that there is a possibility of undesirable results and understand that each persons outcome is different and there are no guarantees to my results. I agree that "Salt & Pepper Beauty Bar" nor the technician has made any claims of guarantee to me.
5. \_\_\_\_\_I understand the actual color of the pigment may be modified slightly because scar tissue accepts pigments differently than normal tissue.
6. \_\_\_\_\_I understand that I will need a follow-up appointment and may require touch-up appointments.
7. \_\_\_\_\_I request the scar and stretchmark camouflage procedure(s) and accept the permanence of the procedure as well as the possible complications and consequences of the procedure.
8. Choose one: I consent \_\_\_\_\_(initial) or waive \_\_\_\_\_(initial) the patch test and understand that a patch test will not prevent an allergic reaction from happening at a later time.
9. \_\_\_\_\_I understand that if I have any skin treatments including but not limited to laser hair removal, plastic surgery, or other cosmetic procedures, it may result in adverse changes to my permanent cosmetics and may not be correctable.
10. \_\_\_\_\_I understand that I should keep sun exposure to a minimum once my scar and/or stretchmarks have been camouflaged.
11. \_\_\_\_\_I have received pre- and post care instructions and I will strictly adhere to such instructions. I understand that my failure to properly follow pre and post care instructions may compromise my procedure.

By signing below, you agree to the following:

I consent to allow "Salt & Pepper Beauty Bar" to consult with and evaluate me in order to determine if I am a good candidate for the scar and stretchmark camouflage procedure. I understand that photographs may be taken and kept in my file. I agree that these forms have been completed truthfully and to the best of my knowledge and abilities. I understand the contraindications and possible side effects of the scar and stretchmark procedure as discussed with staff members of "Salt & Pepper Beauty Bar". Furthermore, I agree to waive all liabilities toward "Salt & Pepper Beauty Bar & Lizbeth Lira" for any injury or damages incurred due to my misrepresentation of my health history or failure to follow pre- or post care instructions.

Signature

Date



Date

## *Scar + Stretch Mark Camouflage Pre/Post Care*

---

### *Before the procedure...*

1. Avoid smoking or antibiotic therapy at least 4 weeks prior to appointment. If unavoidable, please contact your practitioner for further guidance as antibiotics and smoking result in higher candida (yeast) count and infection may result.
2. Avoid alcohol and blood thinning medications at least 24 hours prior to procedure.
3. Avoid caffeine 12 hours prior to procedure.
4. Drink plenty of water to hydrate.
5. Do not wear serums, toners, creams or other products the morning of your procedure.
6. Do not tan skin with sunless tanners, self-tanners, spray tan, tanning booths, or sun-tan for at least 4 weeks prior to the procedure. If the surrounding skin is tanned, the chosen pigments for the scar or stretchmark camouflage may end up being darker than your natural skin tone.
7. Gently exfoliate the area to be treated the day before the procedure to slough off dead skin cells.

### *After the procedure...*

1. Avoid getting the treated area too wet from showering and avoid submerging the area including swimming in a pool, ocean, lake, hot tub or any water source for 10 days.
2. Avoid sweating for a minimum of 14 days - no gym, yoga, exercise.
3. Clean the area with a small amount of STERILE water on a cotton pad before you go to bed and each morning after the procedure followed by a thin layer of A&D or Aquaphor ointment.
4. Do not scratch, rub or pick at the treated area. It will be slightly itchy.
5. Do not use other ointments, creams, or antibiotics until fully healed.
6. No sunbathing or tanning for 8 weeks. AVOID direct sun exposure and always use SPF 30+.
7. Avoid smoking if possible.
8. Avoid using harsh soaps, creams, fragrances, and lotions.



## Formulario de admisión de camuflaje para cicatrices y estrías

Fecha

Nombre

Fecha de nacimiento

Edad

Dirección de casa

Teléfono

Ocupación

Correo electrónico

### Antecedentes médicos

Marque todo lo que corresponda (pasado y presente)

- |                                                                               |                                                                    |                                                                  |                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Embarazada/Lactancia                                 | <input type="checkbox"/> Epilepsia                                 | <input type="checkbox"/> Trastorno Hemorrágico, Hemofilia        | <input type="checkbox"/> Enfermedad queloide/hipertrofica                |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                                               | <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos/vasculares            | <input type="checkbox"/> Quirúrgico reciente Incisión            | <input type="checkbox"/> Terapia de reemplazamiento de hormonas          |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                                             | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA, Hepatitis                       | <input type="checkbox"/> Fumar/Consumo de Tabaco                 | <input type="checkbox"/> Psoriasis, eccema, rosácea, Dermatitis          |
| <input type="checkbox"/> Droga transdérmica Sistema de entrega                | <input type="checkbox"/> Infección activa                          | <input type="checkbox"/> Trastornos/enfermedad de la tiroides    | <input type="checkbox"/> Urticaria, herpes, culebrilla                   |
| <input type="checkbox"/> Anticoagulantes (diluyentes de la sangre)            | <input type="checkbox"/> Esclerodermia, Artritis Reumatoide, Lupus | <input type="checkbox"/> Botox/Rellenos dérmicos/Peeling químico | <input type="checkbox"/> Alergia al adormecimiento Agentes o anestésicos |
| <input type="checkbox"/> Implante de marcapasos/ otro dispositivo electrónico | <input type="checkbox"/> Lesiones elevadas, lunares                | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón/riñón/hepático   | <input type="checkbox"/> Implantes de plástico/cemento óseo/metal        |

☐ Otras condiciones médicas: \_\_\_\_\_

☐ Medicamentos Actuales: \_\_\_\_\_

☐ Alergias: \_\_\_\_\_

Por favor identifique las áreas que le preocupan y le gustaría una consulta para: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Medicamentos para la piel

Por favor, compruebe si está utilizando alguno de los siguientes:

- |                                       |                                            |                                                           |
|---------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Accutane     | <input type="checkbox"/> Retin-A           | <input type="checkbox"/> Medicamentos fotosensibilizantes |
| <input type="checkbox"/> hidroquinona | <input type="checkbox"/> Alfahidroxiácidos | <input type="checkbox"/> Otros Temas: _____               |
| _____                                 |                                            |                                                           |



## Preguntas frecuentes sobre el camuflaje de cicatrices y estrías

---

### ¿Qué es el camuflaje de cicatrices y estrías?

El Camuflaje de Estrías y Cicatrices es una técnica estética paramédica que utiliza un método de tatuaje (micropigmentación) con pigmentos de tono carne personalizados. Esta técnica tiene como objetivo crear una ilusión de pigmento para disimular el área afectada. Esta técnica no elimina la cicatriz ni la estría, sino que las disimula para que se noten menos.

### ¿Qué tipo de cicatrices y estrías se pueden camuflar?

Las áreas más comunes tratadas son cicatrices curadas de lesiones pasadas, cirugía, abdominoplastia, aumento de senos y estrías.

### ¿Es doloroso?

Este tratamiento puede ser indoloro o levemente incómodo según su umbral de dolor específico. Dependiendo del área, se puede aplicar un anestésico tópico para adormecer ligeramente el área a fin de que el tratamiento sea cómodo.

### ¿Hay algún tiempo de inactividad?

Este es un procedimiento no invasivo similar a un tatuaje. Por lo tanto, hay poco o ningún tiempo de inactividad y la mayoría de las personas pueden reanudar su vida diaria el mismo día o al día siguiente. El cuidado posterior es extremadamente importante, por lo que le recomendamos que se tome el día libre para relajarse y evitar tocar el área para obtener los mejores resultados.

### ¿Cuanto dura este tratamiento?

En promedio, una sesión es de 1 a 3 horas dependiendo de la zona.

### ¿Qué esperar antes y después del tratamiento?

¡Usa ropa cómoda y holgada! Los formularios de consulta y consentimiento serán revisados y establecidos durante su consulta. El área será evaluada para determinar si eres candidato. Como cliente, evaluaremos el tono de su piel y realizaremos una fórmula de pigmento personalizada para que coincida. El camuflaje de pigmentos médicos es un proceso impredecible, por lo tanto, esta prueba de mancha de color es crucial. Al igual que con los tatuajes cosméticos y el maquillaje permanente, el color curado final puede ser diferente de cuando se aplicó inicialmente el pigmento. El área tratada estará roja, levantada e inflamada inmediatamente después del procedimiento y puede tardar unos días en desaparecer, pero esto es normal y esperable. La picazón leve se puede aliviar frotando el ungüento Aquaphor en el área.

### ¿Puedo recibir el tratamiento de camuflaje de cicatrices y estrías si estoy embarazada o amamantando?

Nuestra mayor prioridad es la seguridad de usted y su bebé. Desafortunadamente, no podemos tratarla si está embarazada o amamantando. Esperamos atenderla una vez que ya no esté embarazada o amamantando.

### ¿Este tratamiento es apto para todo tipo de pieles?

En general, ¡sí! Sin embargo, hay un pequeño número de personas para las que el tratamiento no sería adecuado. Sus cicatrices y estrías deben tener al menos dos años, ser más claras que el tono de su piel y estar completamente curadas.

### ¿Puedo hacerme el tratamiento de camuflaje de cicatrices y estrías si me bronceo el cuerpo?

Creamos la combinación de colores personalizada para que coincida con el color de su piel natural. Es mejor esperar hasta que el bronceado se haya desvanecido, para que la mezcla personalizada de colores de pigmentación coincida perfectamente con su tono natural. Programe su sesión en consecuencia 6 semanas después de la exposición al sol.

### ¿Cuanto durarán los resultados?

Según nuestra industria, durará 5 años o más, siempre que se sigan los procedimientos correctos de cuidado posterior. Es posible que necesite o no un retoque después de 5 a 6 años. Recuerde, una estría es una cicatriz y, por lo tanto, la piel es más difícil de penetrar. Además, a medida que envejecemos, todos los tatuajes transitan y cambian en nuestra piel porque hay menos elasticidad y producción de melanina. Esto también puede afectar su tatuaje de camuflaje de estrías.



Fecha

## Formulario de consentimiento para el camuflaje de cicatrices y estrías

### Información personal

Nombre

Fecha de nacimiento

Edad

1. \_\_\_\_\_ Acepto que soy mayor de 18 años, NO estoy bajo la influencia del alcohol o las drogas, NO estoy embarazada ni amamantando y deseo recibir el procedimiento de camuflaje de cicatrices y estrías.
2. \_\_\_\_\_ Entiendo que se utilizan agujas para el procedimiento de camuflaje de cicatrices y estrías para inyectar pigmentos de color en las capas superiores de la piel sobre la cicatriz y/o la estría.
3. \_\_\_\_\_ He sido informado de la naturaleza, los riesgos y las posibles complicaciones y consecuencias del procedimiento de camuflaje de cicatrices y estrías. Entiendo que el procedimiento puede tener complicaciones conocidas o desconocidas que incluyen, entre otras: infección, reacción alérgica, cicatrización, queloides, color inconsistente y la dispersión o decoloración de los pigmentos utilizados.
4. \_\_\_\_\_ Entiendo que existe la posibilidad de resultados no deseados y entiendo que el resultado de cada persona es diferente y no hay garantías para mis resultados. Acepto que "Salt & Pepper Beauty Bar" ni el técnico me han hecho ningún reclamo de garantía.
5. \_\_\_\_\_ Entiendo que el color real del pigmento puede modificarse ligeramente porque el tejido cicatricial acepta los pigmentos de manera diferente al tejido normal.
6. \_\_\_\_\_ Entiendo que necesitaré una cita de seguimiento y es posible que necesite citas de retoque.
7. \_\_\_\_\_ Solicito el(los) procedimiento(s) de camuflaje de cicatrices y estrías y acepto la permanencia del procedimiento así como las posibles complicaciones y consecuencias del procedimiento.
8. Elija uno: Doy mi consentimiento \_\_\_\_\_ (inicial) o renuncio \_\_\_\_\_ (inicial) a la prueba del parche y entiendo que una prueba del parche no evitará que ocurra una reacción alérgica en el futuro.
9. \_\_\_\_\_ Entiendo que si me someto a algún tratamiento para la piel, incluidos, entre otros, depilación láser, cirugía plástica u otros procedimientos cosméticos, puede resultar en cambios adversos en mis cosméticos permanentes y es posible que no se pueda corregir.
10. \_\_\_\_\_ Entiendo que debo mantener la exposición al sol al mínimo una vez que mi cicatriz y/o estrías hayan sido camufladas.
11. \_\_\_\_\_ He recibido instrucciones de cuidados previos y posteriores y cumpliré estrictamente dichas instrucciones. Entiendo que si no sigo correctamente las instrucciones previas y posteriores al cuidado, mi procedimiento puede verse comprometido.

Al firmar a continuación, usted acepta lo siguiente:

Doy mi consentimiento para que "Salt & Pepper Beauty Bar" me consulte y me evalúe para determinar si soy un buen candidato para el procedimiento de camuflaje de cicatrices y estrías. Entiendo que se pueden tomar fotografías y guardarlas en mi archivo. Acepto que estos formularios se han completado con veracidad y según mis conocimientos y habilidades. Entiendo las contraindicaciones y los posibles efectos secundarios del procedimiento de cicatriz y estrías como se discutió con los miembros del personal de "Salt & Pepper Beauty Bar". Además, acepto renunciar a todas las responsabilidades hacia "Salt & Pepper Beauty Bar" por cualquier lesión o daño incurrido debido a mi tergiversación de mi historial de salud o por no seguir las instrucciones previas o posteriores al cuidado.

Firma

Fecha





Fecha

## *Cicatriz + Estrías Camuflaje Pre/Post Care*

### *Antes del procedimiento...*

1. Evite fumar o la terapia con antibióticos al menos 4 semanas antes de la cita. Si es inevitable, comuníquese con su médico para obtener más orientación, ya que los antibióticos y el tabaquismo dan como resultado un mayor recuento de candida (levadura) y puede provocar una infección.
2. Evite el alcohol y los medicamentos anticoagulantes al menos 24 horas antes del procedimiento.
3. Evite la cafeína 12 horas antes del procedimiento.
4. Bebe mucha agua para hidratarte.
5. No use sueros, tónicos, cremas u otros productos la mañana de su procedimiento.
6. No broncee la piel con bronceadores sin sol, autobronceadores, bronceadores en aerosol, cabinas de bronceado o bronceadores durante al menos 4 semanas antes del procedimiento. Si la piel circundante está bronceada, los pigmentos elegidos para camuflar la cicatriz o las estrías pueden acabar siendo más oscuros que el tono natural de tu piel.
7. Exfolia suavemente el área a tratar el día antes del procedimiento para eliminar las células muertas de la piel.

### *Después del procedimiento...*

1. Evite mojar demasiado el área tratada al ducharse y evite sumergir el área, incluso nadar en una piscina, océano, lago, jacuzzi o cualquier fuente de agua durante 10 días.
2. Evite sudar durante un mínimo de 14 días: nada de gimnasio, yoga, ejercicio.
3. Limpie el área con una pequeña cantidad de agua ESTÉRIL en un disco de algodón antes de acostarse y cada mañana después del procedimiento seguido de una capa delgada de pomada A&D o Aquaphor.
4. No rasque, frote ni toque el área tratada. Te picará un poco.
5. No use otros ungüentos, cremas o antibióticos hasta que esté completamente curado.
6. No tomar el sol ni broncearse durante 8 semanas. EVITE la exposición directa al sol y use siempre SPF 30+.
7. Evite fumar si es posible.
8. Evite el uso de jabones fuertes, cremas, fragancias y lociones.