Nombre del estudio_____

Consentimiento para modificación corporal (solo adultos)

Para clientes de 18 años o más. Algunos estados prohíben algunos de estos procedimientos o los tratan como procedimientos médicos; el formulario revisa las reglas de tu estado.

Sobre ti

Tu nombre
Nombre

Apellido

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

Teléfono

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 procedimiento

¿Qué procedimiento?

☐ Escarificación por corte ☐ Escarificación por retiro de piel ☐ Marcado con calor (golpe o cauterio)
☐ Implante subdérmico ☐ Implante transdérmico ☐ División de la lengua ☐ Modelado de oreja
☐ Sacabocados dérmico o bisturí ☐ Suspensión

En qué parte del cuerpo

Marca o describe el lugar

Describe lo que te vas a hacer

Preguntas de salud

Responde todas las preguntas. No empezaremos si este formulario no está completo y firmado, y tu practicante puede negarse a hacer un procedimiento por una condición de salud. Estas preguntas no son consejo médico, así que consulta con tu médico cualquier duda.

¿Estás embarazada, podrías estarlo o estás amamantando?

☐ Sí ☐ No

¿Tienes diabetes?

☐ Sí ☐ No

¿Tienes hemofilia u otro trastorno de la coagulación?

☐ Sí ☐ No

¿Cuál?

¿Tomas algún medicamento que adelgace la sangre o afecte la coagulación, como warfarina o una aspirina diaria?

☐ Sí ☐ No

¿Cuál?

¿Has tomado un anticoagulante en las últimas 24 horas?

☐ Sí ☐ No

¿Estás bajo los efectos del alcohol o de drogas en este momento?

☐ Sí ☐ No

¿Tienes alguna condición de la piel, como psoriasis, eccema, un sarpullido, una llaga o una quemadura de sol, o sensibilidad a jabones o desinfectantes?

☐ Sí ☐ No

¿Qué es y dónde?

¿Has tenido herpes, fuegos o llagas en la zona o cerca de ella?
☐ Sí ☐ No

¿Tienes epilepsia, convulsiones, desmayos o narcolepsia?
☐ Sí ☐ No

¿Tienes alergia al látex, a los antibióticos o a algún medicamento, metal o producto para la piel?
☐ Sí ☐ No

¿A qué tienes alergia?

¿Tienes alguna enfermedad de las válvulas del corazón?
☐ Sí ☐ No

¿Tomas algún medicamento, incluidos antibióticos que tomes antes de procedimientos dentales o quirúrgicos?
☐ Sí ☐ No

¿Cuáles?

¿Se te suelen formar cicatrices abultadas (queloides)?
☐ Sí ☐ No

¿Has comido algo en las últimas horas?
☐ Sí ☐ No

¿Hay algo más sobre tu salud que debamos saber, incluido algo que pueda aumentar el riesgo de una infección transmitida por la sangre?
☐ Sí ☐ No

Cuéntanos más.

Lo que aceptas

Solo adultos
Tengo 18 años o más, y la identificación con foto que mostré es mía.

Iniciales ☐

Esto es permanente
Entiendo que este procedimiento es permanente o puede no ser totalmente reversible, y que el resultado, incluida la forma en que sana la cicatriz o el tejido, no se puede predecir con exactitud.

Iniciales ☐

Riesgo de infección y cicatrización

Entiendo que este procedimiento conlleva un riesgo de infección, sangrado y cicatrización lenta, y que un implante puede moverse o ser rechazado. Seguiré los cuidados y veré a un médico si creo que algo está mal.

Iniciales _____

No es un procedimiento médico

Entiendo que mi practicante no es médico y que esto no es atención médica. Le conté al estudio cualquier condición de salud que pueda afectar la cicatrización.

Iniciales _____

Mis respuestas

Mis respuestas son verdaderas y completas. Le avisaré al estudio si algo cambia antes o durante mi cita.

Iniciales _____

Fotos de tu trabajo

Política del depósito

Tu depósito aparta tu cita y se descuenta del precio final. Para cambiar tu cita avisa con al menos 48 horas de anticipación.

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 practicante (Para el estudio)

Procedimiento, ubicación y tamaño

Implantes, hojas y agujas usados

Material del implante y certificado del fabricante

Cualquier cosa que haya pasado durante el procedimiento