



## Formulario de consentimiento para microblading y eliminación de maquillaje permanente con técnica de eliminación de tatuajes magnética

3450 W. Chandler blvd Ste 1 Salón 133 (dentro de Phenix Salon Suites), Chandler, AZ 85226 | 602-282-3872 | info@chandlermicroblading.com

### DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

Nuestro procedimiento de eliminación de tatuaje es no invasivo y sin láser. Este procedimiento utiliza Agujas magnéticas de punta redonda y plana 88, que aspiran a través de la epidermis mientras se aplica la solución Tattoo Remoov™ o E-Dermis™, sin penetrar profundamente en la piel.

Este procedimiento es similar al de maquillaje permanente, excepto que el cartucho no penetra profundamente la piel. Al contrario, apenas la roza.

Esta técnica no requiere ningún tipo de anestesia. La única sensación que se sentirá es un hormigueo por el alcohol contenido en la solución. La piel quedará ligeramente roja por unos días, pero la curación es rápida.

El producto de eliminación de tatuajes tiene un color blanco. Después de aplicarlo en la zona tatuada, el color se vuelve gradualmente verde luego de varias sesiones. Este se debe a la mezcla que ocurre entre el producto para eliminación de tatuajes y el óxido de hierro contenido en los pigmentos de maquillaje permanente. Los componentes principales del producto para eliminación de tatuajes son moléculas alimenticias y cosméticas que no son peligrosas para la salud ni la piel.

Este técnica es eficaz en todo tipo de tatuajes, de cualquier color, sobre todos tipos de piel, y en cualquier momento del año.

La solución Tattoo Remoov™ o E-Dermis™ no es ácida, no contiene solución salina, enzimas, ATC, ni ácido láctico, fítico o glicólico. El nivel de PH es 8.5, es decir, es un alcalino bajo.

La técnica no utiliza ondas térmicas como el láser, por lo que el procedimiento es menos doloroso y el resultado está garantizado si se realiza el número de sesiones necesario.

#### Este procedimiento NO es :

- ▷ Cirugía
- ▷ Dermoabrasión
- ▷ Eliminación de tatuaje por crioterapia (terapia con frío)
- ▷ Láser
- ▷ Eliminación de tatuaje por medio de ácidos o solución salina

#### El número de sesiones depende de:

- ▷ La edad del tatuaje
- ▷ El tamaño del tatuaje
- ▷ La calidad del pigmento
- ▷ La cantidad del pigmento
- ▷ La profundidad de la tinta en la piel
- ▷ El fenotipo y grosor de la piel
- ▷ El número de sesiones de Maquillaje permanente/Microblading realizadas y la cantidad de titanio utilizado para cubrir el antiguo tatuaje

### FRECUENCIA DE TRATAMIENTOS

El procedimiento se puede realizar cada 3-4 semanas. La curación tarda más en pieles maduras o con tejido cicatricial debido tratamientos anteriores de eliminación de tatuajes o procedimientos de maquillaje/tatuaje permanente.

### ADVERTENCIA

Si usted tuvo uno de los siguientes tratamientos, el procedimiento de eliminación de tatuaje se puede realizar:

- ▷ 8-12 semanas después de eliminación con láser, hasta la epidermis se cure por completo
- ▷ ▷ 8 semanas después un peeling químico
- ▷ ▷ 4-6 semanas después de microneedling

#### Un nuevo maquillaje permanente puede realizarse después de una recuperación total de la piel :

- ▷ 2-3 meses después de la última sesión de eliminación para cejas
- ▷ 1-2 meses después de la última sesión de eliminación de maquillaje para labios

## CONSENTIMIENTO MUTUO PARA ELIMINACIÓN DE TATUAJES

Fecha:

Nombre completo:

Dirección:

Teléfono:

Correo electrónico:

## INFORMACIÓN SOBRE TATUAJE Y PIEL

Edad de su tatuaje

Tamaño de su tatuaje:

\_\_\_\_\_ pulgadas

¿Su tatuaje fue hecho por un profesional?

Sí  No

¿Ha utilizado un pigmento de color en la piel (titanio) para cubrir un tatuaje anterior?

Sí  No

¿Tiene alguna cicatriz por ácido (por eliminación de tatuaje hecho con solución salina)?

Sí  No

¿Se ha realizado eliminación de tatuaje con láser antes?

Sí  No

Número de sesiones:

Fecha del último tratamiento:

¿Se ha realizado otras técnicas de eliminación de tatuaje antes?

Sí  No

Si sí, especifique :

Número de sesiones:

Fecha del último tratamiento:

## INFORMACIÓN DE SALUD

**Por favor responda las siguientes preguntas con Sí o No:**

¿Sufre de una enfermedad dermatológica activa (soriasis, eczema, etc.)?

Sí  No

¿Tiene problemas de cicatrización?

Sí  No

¿Ha tomado anticoagulantes(diluyentes de sangre) recientemente?

Sí  No

¿Tiene cicatrices queloides en la piel?

Sí  No

¿Toma algún medicamento? Si sí, ¿cuáles?

Sí  No

¿Toma antidepresivos ?

Sí  No

¿Se realiza algún tratamiento de peeling químico o láser?

Sí  No

¿Se ha realizado bótox o rellenos?

Sí  No

¿Suda mucho?

Sí  No

¿Recientemente se ha decolorado o puesto alguna tintura en la piel del área tatuada?

Sí  No

¿Fuma?

Sí  No

¿Tiene algún tipo de Herpes?

Sí  No

¿Está actualmente embarazada o amamantado?

Sí  No

¿Va con frecuencia a la piscina?

Sí  No

¿Es propenso a alergias? Si sí, especifique:

Sí  No

¿Está contagiado con el virus (VIH, Hepatitis, Covid- 19.....)

Sí  No

Si sí, especifique:

## FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO

- (Inicial \_\_\_\_\_) Entiendo que hay muchas variables que pueden influenciar el número de sesiones que tomará la eliminación completa de mi tatuaje, incluido pero no limitado a: mi edad, la edad de mi tatuaje, el tamaño de mi tatuaje, la naturaleza y profundidad de mi tatuaje, mi tipo de piel, la calidad del pigmento de mi tatuaje.
- (Inicial \_\_\_\_\_) Entiendo que debo seguir las instrucciones de cuidado posterior del técnico y enviar fotos cada semana durante la curación para la observación.
- (Inicial \_\_\_\_\_) Yo, \_\_\_\_\_ entiendo que el procedimiento de eliminación de tatuajes que recibiré hoy será realizado por un artista certificado en eliminación de tatuajes utilizando agujas magnéticas 88RS.
- (Inicial \_\_\_\_\_) Entiendo que el procedimiento de eliminación de tatuajes utiliza la herramienta E-dermis con agujas magnéticas 88RS y la aplicación de una solución tópica a la zona tatuada para disolver el pigmento.
- (Inicial \_\_\_\_\_) Entiendo que la sesión de hoy podría no eliminar por completo mi tatuaje y que la eliminación completa de mi tatuaje podría tomar varias sesiones.
- (Inicial \_\_\_\_\_) Entiendo que, aunque son inusuales las infecciones después de una sesión de eliminación de tatuajes, bacterianas, pueden ocurrir infecciones bacterianas, fúngicas o virales. Las infecciones virales por Herpes Simple en y alrededor del área tratada pueden ocurrir, tenga o no antecedentes conocidos de herpes simple o no. Si ocurre algún tipo de infección, busque atención médica.
- (Inicial \_\_\_\_\_) Entiendo que debo seguir las instrucciones de cuidado, higiene, y desinfección que aparecen en las Instrucciones de cuidado posterior que recibí para poder curar y prevenir cualquier infección después del procedimiento de eliminación de tatuajes y durante el proceso de curación.
- (Inicial \_\_\_\_\_) Reconozco, comprendo plenamente, y acepto que hay ciertos riesgos inherentes asociados con este procedimiento incluidos pero no limitados a: dolor, púrpura, enrojecimiento, hinchazón, ardor, ampollas, formación de costra, cicatrices e infección, que pueden durar meses, años o permanentemente y asumo toda la responsabilidad por todos los daños personales como resultado de este procedimiento.
- (Inicial \_\_\_\_\_) Libero, descargo, y eximo de responsabilidad a Kiss Kreations Permanent Makeup LLC junto con su dueños y agentes por su propia negligencia, que pueda resultar en cualquier lesión, pérdida o daño que surja por este procedimiento, ya sea causado por mí mismo, o “por” un artista de eliminación de tatuajes certificado de Kiss Kreations Permanent Makeup LLC. Además entiendo que la clara intención de este documento es liberar y mantener indemne a Kiss Kreations Permanent Makeup LLC junto con sus propietarios y agentes por cualquier daño causado por su negligencia.
- (Inicial \_\_\_\_\_) Entiendo que si tengo algún problema imprevisto en la curación de mi piel incluso después de seguir todas las instrucciones de cuidado posterior, debo comunicarme inmediatamente con un médico.
- (Inicial \_\_\_\_\_) Entiendo que las sesiones adicionales de eliminación de tatuajes pueden ser necesarias dentro de unas pocas semanas después de mi sesión inicial y que tendré que pagar por esas sesiones adicionales.
- (Inicial \_\_\_\_\_) Por la presente declaro que soy mayor de 18 años.
- (Inicial \_\_\_\_\_) Por la presente declaro que no estoy embarazada.
- (Inicial \_\_\_\_\_) Por la presente declaro que no he tenido ninguna inyección de botox en el rostro durante los últimos 30 días.
- (Inicial \_\_\_\_\_) Por la presente declaro que no soy diabético.
- (Inicial \_\_\_\_\_) Por la presente declaro que mi piel no es propensa a queloides.
- (Inicial \_\_\_\_\_) Por la presente declaro que gozo de buena salud y estoy libre de síntomas de enfermedades transmisibles/contagiosas.
- (Inicial \_\_\_\_\_) Por la presente declaro que actualmente no tomo medicamentos antidepresivos.
- (Inicial \_\_\_\_\_) Por la presente declaro que seguiré todos los cuidados posteriores instrucciones que me dan.
- (Inicial \_\_\_\_\_) He leído, comprendido, y discutido minuciosamente toda la información anterior y los archivos adjuntos con el profesional certificado y he tenido la oportunidad para hacer preguntas sobre todas mis preocupaciones relacionadas con el procedimiento y los términos de este consentimiento con anexos. Todas mis preguntas y dudas han sido respondidas a mi satisfacción y accedo a este consentimiento por mi propia voluntad sin ninguna pregunta o reserva, cualquiera que sea, sobre el procedimiento y los términos del consentimiento y anexos aquí contenidos.
- (Inicial \_\_\_\_\_) Declaro que antes de firmar este acuerdo, he tenido la oportunidad de consultar con mi médico sobre el procedimiento y los riesgos asociados con el mismo y después de hacerlo todavía deseo continuar.
- (Inicial \_\_\_\_\_) YO, el abajo firmante, por la presente consiento voluntariamente a recibir el procedimiento de Eliminación de tatuajes “por” un artista de eliminación de tatuajes certificado.

Nombre del cliente en letra imprenta:

Firma del cliente:

Fecha:

## RECONOCIMIENTO

(Inicial \_\_\_\_\_) Reconozco, que el número de sesiones depende de lo siguiente:

- ▷ La edad y el tamaño del tatuaje
- ▷ La naturaleza de la piel y la profundidad de la tinta en la piel
- ▷ La calidad y cantidad del pigmento en la piel
- ▷ El tipo de piel de cada persona (la capacidad de absorción de pigmento de su piel)
- ▷ El número de sesiones realizadas con láser anteriormente. \*Nota: la técnica de eliminación de tatuajes con láser empuja la tinta más adentro de la piel.
- ▷ Se me ha explicado la eliminación de tatuajes, y me sentí libre de hacer preguntas que fueron contestadas con satisfacción.
- ▷ Me han brindado Cuidado posterior orgánico después del tratamiento.

Firma del cliente

Fecha

## AUTORIZACIÓN FOTOGRÁFICA

Por la presente YO, \_\_\_\_\_ doy mi consentimiento y autorizo a **Kiss Kreations Permanent Makeup LLC** de utilizar las fotografías y/o videos del tatuaje especificado; es decir, fotografías tomadas antes, durante y después de mi procedimiento.

Entiendo que se protegerá mi identidad y no se utilizará mi rostro completo ni mi nombre junto con las fotografías y/o video.

**Kiss Kreations Permanent Makeup LLC** ha explicado que todas las fotografías y/o videos serán clínicamente adecuados y presentados con buen gusto .

He aceptado que las fotografías que **Kiss Kreations Permanent Makeup LLC** haya solicitado se utilicen, y entiendo que dichas fotos pueden ser usadas por **Kiss Kreations Permanent Makeup LLC** en su sitio web, cuentas de redes sociales (Facebook, Instagram), y en la oficina para fines demostrativos y promocionales. Entiendo que no tengo derecho a compensación por el uso de estas fotos.

Si deseo para revocar permiso por su uso en el futuro, comprendo que debo notificar a **Kiss Kreations Permanent Makeup LLC** por escrito y dejar que transcurran 30 días para lograr esta eliminación.

Libero, a favor de **Kiss Kreations Permanent Makeup LLC** y cualquiera autorizado por **Kiss Kreations Permanent Makeup LLC**, todos los derechos y objeciones que tenga o pueda tener sobre los usos de mis fotografías y/o videos mencionados arriba. Accedo a esta autorización de forma libre y voluntaria, y acepto regirme a este acuerdo.

Firma del cliente

Fecha