Nombre del estudio _____

Consentimiento para bronceado UV

Esto toma unos dos minutos. Lo firmas una vez al año, y en recepción lo revisan antes de cada sesión.

Advertencia federal para lámparas solares (21 CFR 878.4635)

Las palabras de la ley, en inglés como está escrita.

Attention: This sunlamp product should not be used on persons under the age of 18 years.

21 CFR 878.4635 (sunlamp products and UV lamps intended for use in sunlamp products) https://www.ecfr.gov/current/title-21/section-878.4635

Iniciales ☐

Advertencia federal para lámparas solares (21 CFR 878.4635)

Las palabras de la ley, en inglés como está escrita.

Contraindication: This product is contraindicated for use on persons under the age of 18 years.
Contraindication: This product must not be used if skin lesions or open wounds are present.
Warning: This product should not be used on individuals who have had skin cancer or have a family history of skin cancer.
Warning: Persons repeatedly exposed to UV radiation should be regularly evaluated for skin cancer.

21 CFR 878.4635 (sunlamp products and UV lamps intended for use in sunlamp products) https://www.ecfr.gov/current/title-21/section-878.4635

Iniciales ☐

Sobre ti

Tu nombre
Nombre

Apellido

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

Teléfono

Correo electrónico

Foto de tu identificación

Adjunta una copia de la identificación con foto a este formulario

Contacto de emergencia

Tu piel

Tu tipo de piel

Preguntas de salud

Responde todas las preguntas para que el salón pueda planear tu sesión según tu salud. Estas preguntas no son consejo médico, así que consulta con tu médico cualquier duda.

¿Usas algún medicamento, crema o suplemento que pueda hacer la piel más sensible a la luz, como algunos antibióticos, medicamentos para el acné o hierba de San Juan?

☐ Sí ☐ No

¿Cuáles?

¿Tienes lupus u otra condición que te haga sensible a la luz?

☐ Sí ☐ No

¿Tú, tu padre, tu madre o algún hermano o hermana han tenido cáncer de piel?

☐ Sí ☐ No

¿Tienes hoy una quemadura de sol, una llaga abierta, un sarpullido o un tatuaje nuevo?

☐ Sí ☐ No

¿Dónde?

En la última semana, ¿te hicieron un peeling químico, un tratamiento láser, microagujas o depilación con cera?

☐ Sí ☐ No

¿Qué y cuándo?

¿Estás embarazada o podrías estarlo?

☐ Sí ☐ No

¿Tienes alguna condición en los ojos o te operaron de los ojos en los últimos seis meses?

☐ Sí ☐ No

Lo que aceptas

La advertencia federal sobre las lámparas solares

Exposición a rayos UV
Entiendo que la luz ultravioleta de las camas de bronceado puede quemar mi piel y lastimar mis ojos, puede causar envejecimiento prematuro de la piel y cáncer de piel, y que sus efectos se acumulan con el tiempo.

Iniciales _____

Lentes protectores
Usaré los lentes protectores que me dé el salón durante toda mi sesión. Cerrar los ojos o usar lentes de sol no es suficiente.

Iniciales _____

Tiempo entre sesiones
Respetaré la duración de sesión que el salón fije según mi tipo de piel y la cama, y esperaré al menos el tiempo que el salón indique entre sesiones. No me bronceará en otro lugar el mismo día.

Iniciales _____

Medicamentos nuevos
Le avisaré al salón antes de mi sesión si empiezo un medicamento o producto para la piel nuevo, porque algunos hacen que la piel se queme con más facilidad.

Iniciales _____

La advertencia federal
Leí la advertencia federal sobre las lámparas solares que aparece en este formulario.

Iniciales _____

Sin promesas de salud
Entiendo que el salón no afirma que este servicio mejore mi salud, y que no sustituye la atención de mi médico.

Iniciales _____

Detener
Puedo terminar mi sesión en cualquier momento. Me detendré y avisaré al personal de inmediato si me mareo, me siento mal, tengo demasiado calor o frío, o algo no se siente bien.

Iniciales _____

Mis respuestas
Mis respuestas son verdaderas y completas. Le avisaré al salón antes de una sesión si mi salud o mis medicamentos cambian.

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 personal (Para el estudio)

Cama o cabina

Minutos

Se entregaron lentes protectores

☐ Sí ☐ No