

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Apellido:	Nombre:	Inicial:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Other: _____	
Dirección:	Ciudad:	Código Postal:	Día de Nacimiento:	Edad:
Teléfono del hogar:	Teléfono celular:		Teléfono del Trabajo:	
Correo electrónico:				

Viviendo con: <input type="checkbox"/> Ambos Padres <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Novio/Novia <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Amigo/Amiga <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Padres de acogida <input type="checkbox"/> Albergue <input type="checkbox"/> Personalmente comunitario <input type="checkbox"/> No tiene vivienda estable <input type="checkbox"/> Centro de Detención: _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Desconocido	Etnicidad (seleccione todas las que apliquen): <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Latino <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/> Vietnamés <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Desconocido
Tamaño total del hogar, incluido usted mismo (marque uno): <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> 1 2 3 4 5 6 7 8+ </div>	
Ingreso total anual del hogar (estimado): _____	

¿Está discapacitado o actualmente está recibiendo fondos para una discapacidad? Si No	
¿Usted alquila o posee su propia casa? <input type="checkbox"/> RENTAR <input type="checkbox"/> POSEER	¿Eres un veterano? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Eres: <input type="checkbox"/> Previamente encarcelado <input type="checkbox"/> Actualmente en libertad condicional
¿Tiene usted alguna de las siguientes viviendas subvencionadas? <input type="checkbox"/> Casa de bajos ingresos <input type="checkbox"/> Sección 8	
Lenguaje Primario:	Lenguaje hablado en la casa:

INFORMACIÓN DE EDUCACION

Por favor, indique el nivel más alto, el nombre de la escuela y el año pasado:

<input type="checkbox"/> Algo de P, Sin Diploma / GED	Nombre: _____	Año: _____
<input type="checkbox"/> GED	Nombre: _____	Año: _____
<input type="checkbox"/> Diploma de Primaria	Nombre: _____	Año: _____
<input type="checkbox"/> Algún Colegio, Sin Grado	Nombre: _____	Año: _____
<input type="checkbox"/> Título de Asociado de Certificado de Post-Secundaria	Nombre: _____	Año: _____
<input type="checkbox"/> Licenciatura	Nombre: _____	Año: _____
<input type="checkbox"/> Maestría	Nombre: _____	Año: _____
<input type="checkbox"/> Doctor en Filosofía	Nombre: _____	Año: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Apellido:	Nombre:	Relación con usted:	
Teléfono del hogar:	Teléfono celular:	Teléfono del Trabajo:	Proficiente en inglés? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

INFORMACION DE REFERENCIA

¿Cómo se enteró del programa Removing Barriers?

- Amigo
 Tutor
 Libertad condicional
 Facebook

Otra forma: _____

INFORMACION SOBRE SU EMPLEO

Está trabajando? Si No

Si trabaja, trabaja: Tiempo completo Tiempo medio

Actual título de trabajo: _____ Patrón actual: _____ Salario actual: _____

Tipo de ingreso: (seleccione uno)

¿Es esta posición para la que recibe beneficios? Si No

- Cada hora
 Semanal
 Anual
 Contrato

Si es así, marque todo lo que corresponda:

- Tiempo libre pagado Seguro de salud Seguro dental y de la vista
 Jubilación (ex. 401 k, IRA, pensión) Seguro de vida Otro (por ejemplo, estipendio de vehículo /celular)

Fecha de empleo anterior: _____

Si no está empleado, ¿cuánto tiempo ha estado desempleado? Por favor circule uno:

< 5 semanas 4 semanas 15-26 semanas 27-51 semanas 52+ semanas Otro: _____

Posición/título anterior: _____ Salario anterior: _____

Empleador anterior: _____ Circule uno: Tiempo completo Tiempo parcial

NECESIDADES DEL CLIENTE

¿Necesita cuidado de niños para niños de 2-5 años? Si No Edad(es): _____

Necesidades actuales (marque todas las que correspondan):

- Recursos de EDD
 Cuidado de niños
 Alfabetización informática

¿En qué programa (s) de capacitación laboral de San Pablo EDC está interesado? (marque todo lo que corresponda):

- Carrera tecnica educativa
 Alfabetización informática
 FLOW

- Moler Barber College (escuela de barbero)
 Removing Barriers
 Richmond BUILD

- Stride Center
 Wardrobe for Opportunity
 Otro: _____

INFORMACIÓN DEL TATUAJE

Descripción	Donde está localizado	Tipo de tinta usado (si lo sabe)	Amateur (A) o Profesional (P)?	¿Este tatuaje está cubriendo algo?

HISTORIA MEDICA

Existen riesgos si nuestro personal no sabe de la salud general y antecedentes médicos de un cliente. Esta información puede afectar críticamente qué procedimiento podemos recomendar o realizar de forma segura. Por favor, provea la siguiente información y manténgala actualizada.

¿Utiliza regularmente salones de broncearse o toma el sol? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia?:	Ultimo Vez:
---	---	-------------

¿Tiene alguno de los siguientes problemas de salud? (marque todas las que apliquen)

<input type="checkbox"/> Cicatrización Quelite	<input type="checkbox"/> Trastornos convulsivos	<input type="checkbox"/> Desequilibrio por tiroides	<input type="checkbox"/> Desequilibrio Hormonal
<input type="checkbox"/> Enfermedad de la piel / lesiones	<input type="checkbox"/> Coagulación sanguínea anormal	<input type="checkbox"/> Ulceras intestinales / sangrando	<input type="checkbox"/> Infecciones activas
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Otros (por favor díganos):		

¿Está usted actualmente bajo el cuidado de un médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es así, ¿para qué?
---	-----------------------

Para los pacientes femeninos: ¿Hay alguna posibilidad de que pueda estar embarazada en este momento? Sí No

¿Está usted amamantando en este momento? Sí No

¿Está usted tomando alguna forma de anticonceptivo? Sí No

Certifico que las declaraciones, la historia personal y la piel médicas anteriores son verdaderas y correctas. Soy consciente de que es mi responsabilidad informar al técnico, médico o enfermera de mis condiciones médicas o de salud actuales y actualizar esta historia. Una historia médica actual es esencial para el cuidador para ejecutar procedimientos de tratamiento. _____ Iniciales

MEDICAMENTOS

¿Qué medicamentos orales estás tomando actualmente? Píldoras anticonceptivas Hormonas Otros (lista y razón de medicinas, por favor)

¿Está usted usando medicamentos de alteración de ánimo o usando medicamentos antidepresivos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Usted toma medicamentos para una enfermedad del corazón? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---

¿Alguna vez has utilizado Accutane? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es así, la última vez utilizado:
---	-------------------------------------

¿Qué antibióticos utiliza para tratar las infecciones?

¿Qué medicamentos tópicos y cremas estás usando actualmente? Retín-A Otros (por favor liste y denos la razón por los medicamentos)

ALERGIAS

¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica a cualquiera de los siguientes? (marque todo lo que corresponda y describa la reacción)

Comida:

Latex:

Antibióticos:

Otros Medicamentos:

Otras alergias:

¿Cuándo fue su último tratamiento?	¿En qué área?
------------------------------------	---------------

¿Tienes alguna descoloración en el área a ser tratada por broncearse o estar en el sol? Sí No

¿Formas cicatrices gruesas o en relieve en cortes o quemaduras? Sí No

¿Ha habido cicatrices por cualquier causa en la zona (s) a ser tratada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, describa:
---	-------------------------------

¿Tiene hiperpigmentación (oscurecimiento de la piel) o hipo pigmentación (aligeramiento de la piel) o marcas después de un trauma físico? Sí No

En caso afirmativo, describa:

Formularios de consentimiento

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE / CONSENTIMIENTO

Yo certifico que las declaraciones de la historia clínica, personal y de la piel precedente son verdaderas y correctas. Estoy consciente de que es mi responsabilidad informar a Removing Barriers de mis condiciones médicas o de salud actuales y de actualizar esta historia. Un historial médico actual es esencial para nuestros médicos y personal para ejecutar los procedimientos de tratamiento apropiados. Yo, el abajo firmante, entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos. Entiendo que las compañías de seguros no cubren estos servicios.

Nombre

Firma

Fecha

POLÍTICA DE PRIVACIDAD

He recibido y / o leído el Aviso (HIPAA) de prácticas de privacidad. (Copias disponibles bajo petición.)

Nombre

Firma

Fecha

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFÍA

Yo, el abajo firmante, autorizo a Removing Barriers a tomar fotografías de mis tatuajes, antes, durante y después de mis tratamientos. Mi nombre no se utilizará a menos que yo específicamente de acuerdo de que puede ser utilizado. También entiendo que las fotografías pueden ser utilizadas con fines, incluyendo pero no limitado a, la educación de los futuros pacientes y en posibles publicaciones y promociones. Yo entro en este acuerdo voluntariamente y por el presente renuncio a cualquier derecho de indemnización para usos tales como Removing Barriers determine.

Yo permito que la Corporación de Desarrollo Económico de San Pablo use mis imágenes para propósitos educativos y de mercadeo

No permito que la Corporación de Desarrollo Económico de San Pablo use mis imágenes para propósitos educativos y de mercadeo

Nombre

Firma

Fecha

EXENSIÓN Y ASUNCIÓN DE RIESGO

YO, POR LA PRESENTE LIBERO, RENUNCIO, EXIMO Y ACEPTO NO DEMANDAR A LOS MIEMBROS DE REMOVING BARRIERS, SUS EMPLEADOS, FUNCIONARIOS Y AGENTES (en lo sucesivo, "liberados") de toda responsabilidad hacia el participante y suscribidlo, sus representantes personales, cesionarios, herederos y familiares de cualquier pérdida, daño, o reclamo tanto a causa de lesiones a la persona o propiedad de los suscritos, ya sea causada por cualquier acto de negligencia temeraria, grave o normal, acto o pasiva u omisión del eximido, mientras el abajo firmante está participando en el programa.

El abajo firmante se compromete a **DEFENDER, INDEMNIZAR Y MANTENER INDEMNE** a los liberados de toda responsabilidad, reclamos, demandas, causas de acción, gastos y honorarios de abogado derivados de la participación en esta actividad, ya sea causado por un acto u omisión del eximido, negligencia, ya sea activa o pasiva, negligencia grave u ordinaria, o de otra manera.

Yo entiendo que los accidentes pueden ocurrir durante esta actividad. Conociendo los riesgos de esta actividad, el abajo firmante **ASUME TODA LA RESPONSABILIDAD Y LOS RIESGOS DE LESIONES CORPORALES, MUERTE O DAÑO** durante su participación en la actividad ya sea causado por cualquier acto u omisión del eximido o no negligente. El abajo firmante consiente expresamente que la autorización y renuncia, acuerdo de indemnización y asunción de riesgos están destinados a ser tan amplio e inclusivo como lo permita la ley de California.

Yo doy mi **CONSENTIMIENTO** para que participe / **ACUERDO** en participar en la actividad anterior y ejecuto esta **EXENSIÓN Y RENUNCIA** en su nombre y en el mío propio.

Nombre

Firma

Fecha

Reglas del Programa

Por favor, lea y escriba sus iniciales antes de cada artículo

_____ No me broceare activamente en el proceso de tratamiento. Si voy al sol, aplicare protector solar para el tatuaje (SPF 45 o mayor) o cubriré el área.

_____ Removing Barriers no tratarán los tatuajes que tienen menos de 6 meses y no hay garantía de que el 100% del tatuaje se puede eliminar.

_____ Entiendo que la eliminación de tatuajes con láser puede tomar varios tratamientos. Sé que puede oscilar entre 4-16 tratamientos. También entiendo que los tratamientos con láser no eliminan todos los pigmentos, especialmente de tatuajes profundos aplicados profesionales o tatuajes amateurs profundos. Puede no ser efectivo en ciertos pigmentos tales como amarillos y puede hacer un tatuaje oscuro blanco. (Dependiendo de la ubicación, el tipo de tinta, tiempo, etc.)

_____ Sé que se esperará que use gafas de protección durante el procedimiento.

_____ Tengo 18 años de edad o más.

_____ Entiendo que puede haber cambios en la textura de la piel, aclaramiento u oscurecimiento de la piel permanentemente, caída del cabello tratado o adelgazamiento del cabello.

_____ Estoy consciente de que puedo experimentar aparición de moretones posterior al tratamiento.

_____ No soy alérgico/a al tinte rojo.

_____ Soy consciente de que hay un riesgo de cicatrización (en particular, las cicatrices planteadas) a pesar de los tratamientos adecuado con láser.

_____ Entiendo que la mejoría puede continuar por varios meses después del tratamiento. (A veces, es posible que se le pida que omita un mes, si es determinado por la enfermera registrada (RN).)

_____ Entiendo que el equipo de la clínica no utiliza anestesia tópica. (Información adicional se puede dar bajo petición.)

_____ Entiendo que tendré que cancelar / reprogramar mis citas con 24 horas de anticipación para evitar un cargo de \$ 10.

_____ Entiendo que fotografías serán tomados para seguir mi progreso. Si se niega, por favor díganos:

_____ No voy a usar ropa de color rojo o azul (cordones de los zapatos, cinturones, gorras, llaveros, etc.). Entiendo que si me presento llevando esta vestimenta, me pedirán que me cambie antes de entrar en la clínica.

_____ No voy a usar cualquier ropa deportiva (49ers, Raiders, Gigantes, etc.). Entiendo que si me presento llevando esta vestimenta, me pedirán que me cambie antes de entrar en la clínica. Por favor, pida al personal que le preste una camiseta si es necesario.

_____ Entiendo que no hay hijos, familiares o amigos permitidos en las oficinas de SPEDC durante horas de eliminación de tatuajes. Entiendo que puedo entrar con un compañero que tenga por lo menos 18 años. Entiendo que mi compañero también debe cumplir con las normas relativas a vestimenta y el respeto al

Reglas del Programa

_____ personal. Aparte de mi compañero, yo entiendo que no hay hijos, familiares o amigos permitidos en la clínica durante las horas de la clínica.

_____ No le faltare el respeto a ningún miembro del personal o cualquier persona presente en la clínica (levantando la voz, insultos, gestos groseros y malas palabras, comentarios o gestos amenazantes, o agredir a otra persona)

_____ Comprendo que si solicito que se suspenda el tratamiento después que el tratamiento haya empezado no voy a ser reembolsado por la sesión clínica.

_____ Entiendo que hay una política de cero tolerancia a la violación de las normas.

_____ No voy a decir ningún comentario negativo sobre la eliminación de tatuajes.

_____ Entiendo que si no sigo las reglas del programa esto será motivo de terminación inmediata y negación de procedimientos de eliminación de tatuajes en el futuro.

_____ He leído y entendido el reglamento del programa.

Al firmar, yo indico que he leído, entiendo y estoy de acuerdo en cumplir las reglas del programa.

_____ Nombre

_____ Firma

_____ Fecha

CONSENTIMIENTO DE RECORDATORIO DE CITA

Esta sección se refiere a sus recordatorios mensuales de citas:

¿Podemos telefonar, enviar por correo electrónico o enviarle un mensaje para confirmar las citas SI NO

¿Podemos dejar un mensaje en su contestador automático en casa o en su teléfono celular? SI NO

¿Podemos confirmar citas con miembros de su familia? SI NO

Director Médico: _____

Fecha: _____