

TATTOO REMOVAL PROGRAM

(All information will be held in confidence)

Toda información es confidencial

Please print neatly and legibly.

First Name: _____ **Middle Initial:** _____ **Last Name:** _____
Primer nombre Segundo nombre Apellido

Address: _____ **City:** _____
Dirección Ciudad

Zip Code: _____ **Social Security Number** _____
Código Numero de Seguro Social

Phone: _____ **Cell:** _____
Teléfono (Casa) U otro número

E-mail address: _____
Correo electrónico

Gender: Male Female **Date of Birth:** _____ **Age:** _____ **Language:** _____
Sexo: Masculino Femenina Fecha de nacimiento Edad Idioma

Country of Birth: _____ **Race:** _____ **Ethnicity:** _____
Lugar de Nacimiento Raza E

Any Impairments: (Circle) Hearing Vision **Circle One:** Married Single Widowed Divorce

Gang Affiliation in the Past? Yes No **Incarcerated in the past?** Yes No
¿Ha estado afiliado con pandillas? Si No ¿Encarcelado/a en el pasado? Si No

How long were you incarcerated? (Circle One) 1- 10 years 11-20 years 21-30 years 31+ years **Looking for a job?** Yes No
¿Busca empleo? Si No

In Case of Emergency:

Name, Address and Phone number of Emergency Contact: *En Caso de Emergencia*

Name: _____ **Relationship to Patient:** _____

Address: _____ **Phone Number:** _____

TATTOOS / TATUAJES:

REMEMBER: WE ONLY TAKE OFF VISIBLE TATTOOS/Black Ink ONLY (face, neck, lower arms, hands)

RECUERDE: SOLO QUITAMOS TATUAJES VISIBLES (cara, cuello, antebrazos, manos)

Number of visible tattoos: _____ **Circle the color of inks used:** Black, Red, Blue, Green
Número de tatuajes visibles Circule el color de tinte usado: Negro, Rojo, Azul, Verde

They were done: Professionally _____ by friends _____ while incarcerated _____ other _____
Fueron hechos: Profesionales por amigos encarcelado otro

PLEASE LIST YOUR TATTOOS: (Por favor enlista tus tatuajes)

Description: _____
Descripción

Location: _____
Locación

Medical History/Médico Historial

Please complete the following medical history information.

ALLERGIES/Alergias: _____ None/ninguno

Medications _____ Other/otro: _____
(alergias de medicina)

CURRENT MEDICATIONS/medicinas actuales: None/ninguno

If yes, please list here/Si sí, lista por favor aquí: _____

FEMALES ONLY/Para mujeres solo: Are you pregnant?! ¿Estas embarazada? Yes/Si No/No

If you are pregnant, please notify a Tattoo Removal Staff Member Immediately.

Si usted está embarazada, notifica por favor a un empleado de la Eliminación del Tatuaje inmediatamente.

Do you have past or current problems with any of the following listed below?

(¿Tiene usted pasado o los problemas actuales con cualquiera del siguiente listaron abajo?)

Please check all that apply: None (ninguno)

(Por favor cheque todo que aplica)

- Hearing Problems/problema de oído Glaucoma/Glaucoma Nose Bleeds/la nariz sangra Cancer/Cáncer
 Pacemaker/marcapasos Hay Fever/Polinosis Anemia/Anemia AIDS / HIV/Sida
 Hepatitis/Hepatitis Gout/Gota Jaundice/Ictericia Asthma/Asma
 Arthritis/Atritis Kidney stones/cálculos renales Heart Murmur/soplo en el corazón
 High Blood Pressure/presión alta Bruise easily/magulle fácilmente Mental Health & Well-being/Enfermedad mental
 Varicose veins/venas varicosas Migraine Headaches/dolores de cabeza migrana
 History of Seizures/historia de Convulsiones **Heart Condition/problemas cardiacos** Other/otro _____

Skin Problems/problemas del piel None/ninguno

- Eczema/Eczema Psoriasis/Soriasis Rash/Sarpullido Hives/Colmenas Other/otro _____
 Abnormal moles/lunares anormales Excessive scarring/marcar excesivo Frequent sun exposure/exposición del sol

Hospital Admissions: (Please indicate the year that you were admitted to the hospital and the reason.): _____
(Las Admisiones del hospital: Indique el año usted ingresó en el hospital y la razón)

Family History/Historia de familia:

- Diabetes/Diabetes: If yes, who?/¿Si sí, quién? _____ Cancer/ Cáncer who? Type? /¿Si sí, quién? _____
 Asthma/Asthma: If yes, who?/¿Si sí, quién? _____ Other/otro _____

Social History/Historia social: Check all that apply/Verifique todo que aplica

- Smoke/fumas Drink alcohol/hagale bebe Drug addictions/las toxicomanias

I hereby verify that all the information is true to the best of my knowledge.

(Yo por la presente verifico que toda la información es verdad según mi leal saber y entender.)

Patient / Guardian Signature: _____

(El paciente/Firma de Guardián)

Date: _____

(Fecha)

----- Do Not Write Pass This LINE -----

Changes x1 Year, if no change please Sign _____ Date: _____

Changes x2 Years, if no change please Sign _____ Date: _____