

Borrado de Tatuajes con Láser: Cuestionario pre-tratamiento

Nombre		Dirección	
1º Apellido		Municipio	
2º Apellido		Provincia	
NIF/NIE		Teléf./Móvil	
Fecha Nac.		Correo/Email	

¿Padece algunas enfermedades?	SI	NO
VIH/SIDA		
Enfermedades del hígado, hepatitis		
Enfermedades de los riñones		
Epilepsia		
Depresión, Psicosis		
Problemas de la Circulación		
Enfermedades Cardiopulmonares		
Infecciones de Hongos		
Azúcar, Diabetes		
¿Le salen fácilmente hematomas?		
¿Suele tener infecciones de Herpes Simple?		
Queloides, antecedentes familiares		
Psoriasis		
Vitíligo		
Alergias		
¿Puede estar embarazada o dando el pecho?		
¿Toma Medicamentos?		
Medicamentos para el corazón		
Anticoagulantes, Aspirina		
Medicamentos en las últimas dos semanas		
¿Ha tenido Quimioterapia?		
Leva Prótesis/Marcapasos		
¿Es fumador?		
Consumo de drogas y/o alcohol en las últimas 24 horas		

¿En la zona del tatuaje, tiene alguna enfermedad de la piel?	SI	NO
Eccema		
Inflamación		
Lunares		

Declaro, bajo mi responsabilidad,
que todas las respuestas de este cuestionario corresponden a la verdad

Nombre y Apellidos: _____ Firma: _____

Lugar y Fecha _____