

# TATTOO REMOVAL PROGRAM

## *PROGRAMA PARA REMOVER TATUAJES*

REDWOOD CITY POLICE DEPARTMENT  
SAN MATEO COUNTY PROBATION DEPARTMENT  
SAN MATEO COUNTY SHERIFF'S OFFICE

*In collaboration with/en colaboración con*  
San Mateo County Sheriff's Activities League  
Redwood City Police Activities League



**PLEASE RETURN COMPLETED APPLICATION TO/ POR FAVOR REGRESAR  
ESTA APLICACION COMPLETA A:**

Redwood City Police Department  
Juvenile Unit  
C/O: Manuel Velarde  
1301 Maple Street  
Redwood City, CA 94063

# TATTOO REMOVAL PROGRAM

## PROGRAMA PARA REMOVER TATUAJES

### Requirements of the program/*Requisitos del programa*

- Participants must be attending school and/ or working/*Participantes deben estar asistiendo a la escuela y/o trabajando*
- Participants must perform 20 hours of community service work/ *Participantes deben realizar 20 horas de trabajo de servicio comunitario*
- Participants must agree to live a gang-free lifestyle/ Participantes deben estar de acuerdo en vivir un estilo de vida libre de pandillas

**APPLICANTS MUST HAVE COMMUNITY SERVICE HOURS COMPLETED PRIOR TO STARTING THE PROGRAM. APLICANTES NECESITAN HABER COMPLETADO LAS HORAS DE TRABAJO COMUNITARIO ANTES DE INICIAR EL PROGRAMA.**

**Program Procedures:** All applicants must complete the pre-enrollment application form. **All information obtained in the application process will be kept confidential and used for statistical purposes only. /** *Procedimiento del Programa: Todos los solicitantes deben completar una pre-aplicación. Toda la información obtenida es confidencial y sera usada solamente con el propósito de crear estadísticas.*

**Pre-enrollment:** Potential candidates should forward the pre-enrollment application to the program supervisors at either the Redwood City Police Department, San Mateo County Probation Department or San Mateo County Sheriff's Office./ *Pre-inscripción: Candidatos deben enviar la aplicación de pre-inscripción al supervisor del programa con el Departamento de Policía de Redwood City, Departamento de Libertad Condicional, o la Oficina del Aguacil del Condado de San Mateo.*

**Screening and enrollment:** To determine eligibility, individuals interested in participating in the program will complete a screening procedure which includes a comprehensive assessment during an in person or phone interview. Individuals under the age of 18 must be accompanied by parents or legal guardians when applying for the program as well as during treatment sessions./ *Examen e inscripción: Para determinar elegibilidad los individuos interesados en participar en el programa deben completar el procedimiento de un examen que incluye una entrevista y evaluación en persona o por teléfono. Menores de 18 años deben estar acompañados por los padres o guardián legal cuando apliquen y también durante las sesiones de tratamiento.*

**Tattoo removal:** Tattoo removal treatments are performed by a group of volunteer doctors who use state of the art laser equipment. Please be aware that it may take several treatments to fully remove the tattoo./*Remover Tatuaje: Los tratamientos para remover tatuajes son realizados por un grupo de doctores voluntarios que usan un equipo de láser muy sofisticado, y es importante tomar en cuenta que el borrar completamente los tatuaje, requerirá de varios tratamientos.*

PARTICIPANT APPLICATION/APLICACIÓN DEL PARTICIPANTE

*All information obtained from the application will be kept confidential and used for statistical information only/  
Toda la información obtenida en esta aplicación se mantendrá confidencial y será usada para información en estadísticas solamente.*

Date/Fecha: \_\_\_\_\_

Referral Agency or Person/Agencia de Referencia o Persona: \_\_\_\_\_

This program offers San Mateo County residents, ages 10 and up, tattoo removal treatments at no cost. In return, those individuals are required to perform volunteer community service hours and attend school or work. They also must have a commitment to become involved in supervised education, employment, and community service activities and mentoring. / Este programa ofrece a residentes mayores de 10 años del Condado de San Mateo tratamientos para remover tatuajes sin un costo monetario. Los participantes en retorno deben tener una vida libre de pandillas, estar envueltos en actividades educacionales o trabajando y estar dispuestos a servir a la comunidad.

**Applicant Information/Información del solicitante:**

Name/Nombre: \_\_\_\_\_

Address/Dirección: \_\_\_\_\_

Phone/Número telefónico ( ) \_\_\_\_\_

Date of Birth/Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Age/Edad: \_\_\_\_\_ Sex/Sexo: \_\_\_\_\_

Race/Raza: \_\_\_\_\_

**If you are under the age of 18, please complete parent/guardian information/En caso de ser menor de 18 años por favor complete la información del padre/guardian:**

Parent/Guardian/Padre/Guardian: \_\_\_\_\_

Address/Dirección: \_\_\_\_\_

Phone/Número de teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

**Emergency Contacts/Contactos de emergencia:**

Name/Nombre: \_\_\_\_\_ Tel. (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Relationship/Relación: \_\_\_\_\_

Name/Nombre: \_\_\_\_\_ Tel. (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Relationship/Relación: \_\_\_\_\_

1. Are your tattoos/*Sus tatuajes son:*

- Gang related/*Relacionados con pandillas*
- Domestic violence related/*Relacionados a violencia domestica*
- Human trafficking related/*Relacionados con Trafico humano*
- Other/*otro*

If your answer was other, please explain/*En caso de que su respuesta haya sido otro, por favor explique::*\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. How did you get your tattoo(s)/*¿Como obtuvo su tatuaje(s)?*

Professional/*Profesionalmente*\_\_\_\_\_ Homemade/*Casero*\_\_\_\_\_

3. Please tell us about yourself/*Díganos sobre usted. (Use the reverse side of this form for additional space if needed/Use la parte de atrás de este formulario si necesita más espacio para escribir).*

What goals do you have for yourself?/*¿Que metas/objetivos tiene? (Use the reverse side of this form for additional space if needed/ Use la parte de atrás de este formulario si necesita más espacio para escribir).*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Why did you get your tattoo(s)?/ *¿Por qué decidió hacerse los tatuajes? (Use the reverse side of this form for additional space if needed/ Use la parte de atrás de este formulario si necesita más espacio para escribir).*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

5. What is the reason for wanting your tattoo(s) removed? How do you feel the removal of your tattoo(s) will benefit your everyday life?/ *¿Por qué ha decidió borrar sus tatuajes? ¿Por qué cree que el remover sus tatuajes le sera de beneficio en su vida cotidiana? (Use the reverse side of this form for additional space if needed/ Use la parte de atrás de este formulario si necesita más espacio para escribir)*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

6. How many tattoos do you want to be removed? Please describe each tattoo, location and approximate size.  
*¿Cuántos tatuajes quiere remover? Por favor describa cada tatuaje, en que parte del cuerpo y la medida aproximada del tatuaje.*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

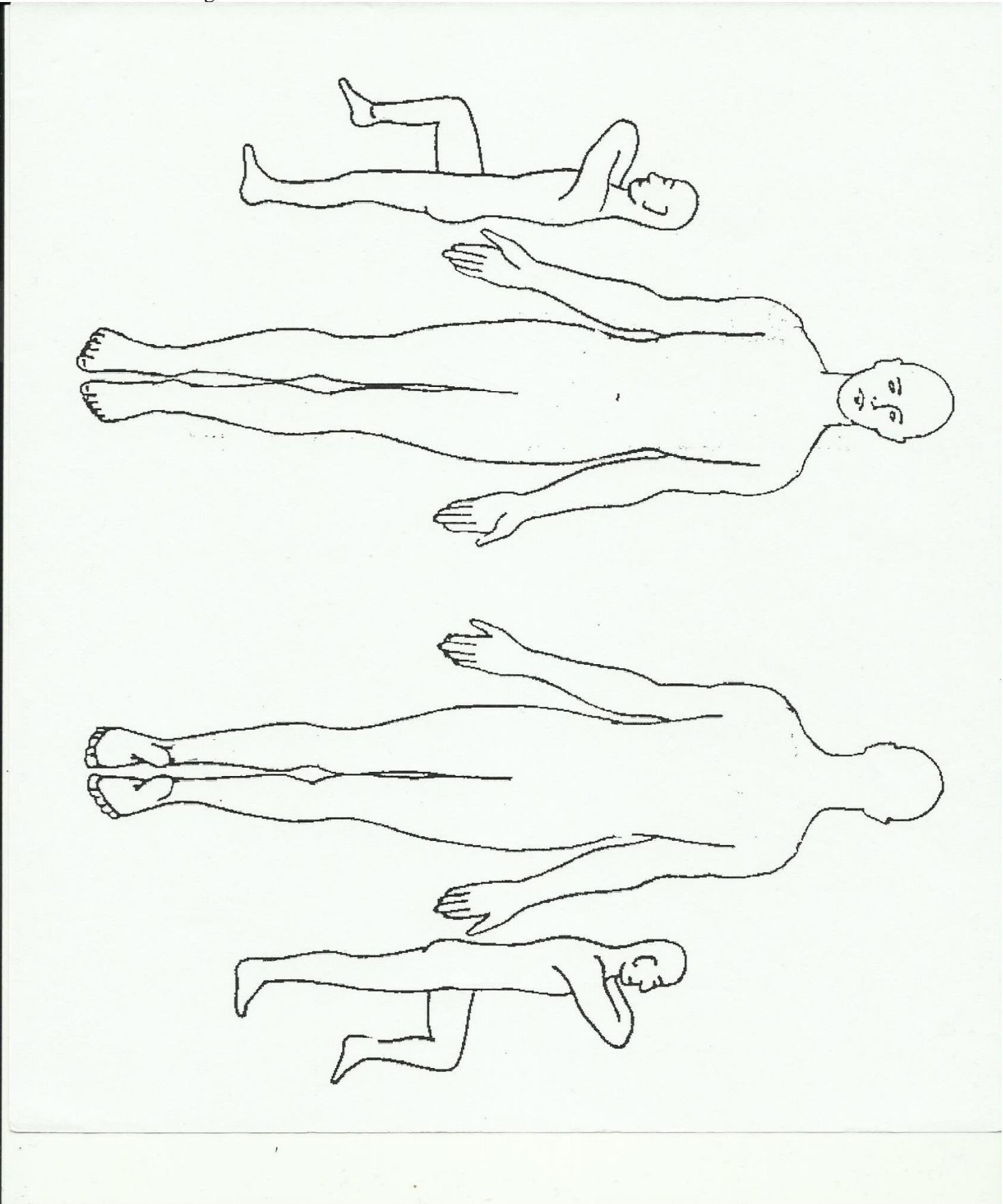
---

---

---

---

7. Use body outline to circle tattoo placement(s) on the following page. / *Use el dibujo del cuerpo para marcar la ubicación de tatuaje(s) en la siguiente página.*



8. Are you currently experiencing any significant medical conditions or have any communicable diseases such as Tuberculosis (TB) or any form of Hepatitis?/ *¿Está usted actualmente sufriendo alguna condición médica significativa o tiene alguna enfermedad contagiosa como Tuberculosis (TB) o cualquier tipo de Hepatitis?*

Yes/Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

9. Are you currently pregnant? /*¿Está actualmente embarazada?*

Yes/Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

10. Have you ever been arrested or convicted of a crime, as an adult or a minor? *(A criminal conviction will not affect your eligibility into the program/ ¿Alguna vez ha sido arrestado o convicto de un crimen como un adulto o menor? El haber sido convicto no afectara su elegibilidad para entrar al programa).*

Yes/Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

If yes, indicate the offense and year of your last conviction/*Si la respuesta fue si, indique la ofensa y año de su convicción más reciente:*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11. Are you currently on probation or parole?/ *¿Está actualmente en libertad condicional?*

Yes/Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

If yes, please provide your probation/ parole officers name and phone number/*Si la respuesta fue si, escriba el nombre y número de teléfono del oficial:*

Name: \_\_\_\_\_

Phone: (    ) \_\_\_\_\_

**Applications that do not have all information will not be submitted for review. Make sure all questions are answered clearly and thoroughly. Aplicaciones que no son completadas en su totalidad no seran procesadas. Este seguro que contesto todas las preguntas con claridad.**



### PROCEDURE RISK ACKNOWLEDGEMENT

The procedure planned is the treatment of tattoo(s) with the MedLite C6 laser using local, topical, or no anesthesia. The purpose of this procedure is to attempt to remove, fade or significantly lighten the tattoo(s). Alternative treatment methods include, but are not limited to, cryosurgery, dermabrasion, electrocautery, depigmenting creams and other laser modalities, or no treatment.

I understand that the risks of the procedure include the possibility of pain, bleeding, scarring, damage to nearby structure, drug reactions and unforeseen complications. In addition, there is a risk of accidental eye injury if struck by the laser treatment sessions. There is also a risk of patchy residual pigment, the persistence of skin lesion, change or permanent lightening of skin color, change in skin texture and easy bruising of the skin after the treatments. The risk of scarring (including raised scarring) despite proper treatment, exists in all cases, but can be greatly minimized by proper aftercare. Previous treatment by any method may increase any or all of these risks.

I understand that this procedure may fail to remove pigment in some cases, especially with some types of amateur tattoos. Tattoos may require several treatment sessions to clear the skin of the ink. Loss of pigment (usually temporary) is uncommon, but may occur. I understand my responsibility of properly fulfilling the appropriate aftercare instructions as explained by the physicians or program staff.

I further agree that any picture or videotape taken of me can be used for either teaching or publication unless I notify the program staff in writing that my photographs are not to be used under such circumstances.

I have been asked at this time whether I have any questions about the procedure and I do not. I understand the procedure and accept the risks and request that this procedure is performed on me.

### RECONOCIMIENTO DE RIESGO DEL PROCEDIMIENTO

El procedimiento planeado es tratamiento de tatuaje(s) con el MedLite C6 láser usando local, tópico, o ninguna anestesia. El propósito de este procedimiento es de intentar de remover, desvanecer, o significativamente aclarar el tatuaje. Métodos de tratamiento alternativos incluye, pero no están limitados a criocirugía, dermoabrasión electrocauterio, cremas de despigmentación y otras modalidades de laser o no tratamiento.

Yo entiendo que los riesgos del procedimiento incluyen la posibilidad de dolor, sangramiento, cicatrización, danos a estructuras cercanas, reacción a droga y complicaciones inesperadas. Además, hay el riesgo de ser herido accidentalmente en el ojo si la sesión de tratamiento de laser le toca el ojo. También está el riesgo de remedios por residuos de pigmentación, persistencia de lesión de piel, el cambio o permanente claridad en el color de piel, cambio en la textura de piel y piel propensa a magullajes después de los tratamientos. El riesgo de cicatrización (incluye cicatrices elevadas) a pesar del tratamiento apropiado existe en todos los casos, pero

puede ser grandemente minimizado por la asistencia postoperatoria. Tratamientos previos por cualquier método pueden aumentar cualquiera o todos los riesgos.

Yo entiendo que este procedimiento puede fallar en remover la pigmentación en algunos casos, especialmente en algunos casos de tatuajes aficionados. Los tatuajes requieren varios tratamientos para limpiar la tinta de la piel. La pérdida de pigmentación (usual temporal) no es inusual, pero puede ocurrir. Yo entiendo mi responsabilidad de cumplir con el cuidado apropiado después del tratamiento de acuerdo a las instrucciones por los médicos y por el personal del programa.

Además, estoy de acuerdo que cualquier fotografía o video tomada de mi puede ser usada para el entrenamiento o publicación al menos que yo notifique al personal del programa por escrito que mis fotografías no pueden ser usadas bajo ninguna circunstancia.

Se me ha preguntado en este momento que si tengo algunas preguntas sobre el procedimiento y no las tengo. Yo entiendo el procedimiento y acepto los riesgos y solicito que este procedimiento sea hecho en mi persona.

#### PROGRAM WAIVER

I \_\_\_\_\_, (hereafter participant), or I, parent or legal guardian of the participant, would like to participate in the Tattoo Removal Program. I acknowledge that participation in the Tattoo Removal Program necessarily involves the risks as outlined in this waiver. I willingly and voluntarily assume all such risks. I willingly and voluntarily agree to comply with the stated and customary terms and conditions for participation. If participant or I observe any concern in my/participant's readiness for participation in the Tattoo Removal Program, I will remove myself/him/her from participation and bring such concern to the attention of the nearest personnel immediately. I warrant and acknowledge that I am the parent or legal guardian of the participant and that I am authorized, or as the participant on behalf of myself, participant and our heirs, assigns and next of kin, to hereby enter into the following agreements in consideration of myself/ participant's ability to participate in any way in the Tattoo Removal Program. I hereby release, discharge, and agree to defend, indemnify, and hold harmless, to the fullest extent permitted by law, the County of San Mateo, San Mateo County Sheriff's Office and SAL, San Mateo County Probation Department, City of Redwood City, Redwood City Police Department and PAL or their employees, directors, volunteers, any and all owners, lessors, lessees or other persons or entities allowing, permitting, or authorizing the use of facilities by the County of San Mateo, San Mateo County Sheriff's Office and SAL, San Mateo County Probation Department, City of Redwood City, Redwood City Police Department and PAL, and the agents, representatives, employees, officers and directors of said persons or entities ("releasees") from any and all claims, demands, costs, expenses, and compensation arising out of or in any way

related to an injury or other damage that may result to myself or said participant or to members of my family household or individuals I invite or for whom I am otherwise responsible while participating in or present at any Tattoo Removal Program, whether arising from the negligence of the release or otherwise. I further acknowledge and accept that the Tattoo Removal Program is administered, in part, by volunteers rather than paid professionals. I further acknowledge and accept that this Disclaimer, Assumption of Risk, and Waiver is intended to be as broad and inclusive as permitted by the laws of California and agree that if any portion of this Disclaimer, Assumption of Risk and Waiver is deemed to be invalid, the remainder will continue in full legal force and effect.

### ACEPTACION DE PARTICIPAR EN EL PROGRAMA

Yo \_\_\_\_\_, (en lo sucesivo participante), o yo, padre o tutor legal del participante, gustaría participar en el Programa de eliminación de tatuajes. Reconozco que la participación en el programa de eliminación de tatuajes implica necesariamente los riesgos como se indica en esta renuncia. Yo de buena gana y voluntariamente asumo todos los riesgos. Yo de buena gana y voluntariamente de acuerdo en cumplir con los términos y condiciones indicados y acostumbrados para la participación. Si el participante o observo ninguna preocupación en la preparación de mí / del participante para la participación en el programa de eliminación de tatuajes, me retiraré / él / ella de participar y llevar esa preocupación a la atención del personal más cercano. Garantizo y reconozco que soy el padre o tutor legal del participante y que estoy autorizado, o como participante en nombre de mí mismo, participante y nuestros herederos, cesionarios y parientes más cercanos, para entrar presente en los siguientes acuerdos en consideración de mí mismo / la capacidad del participante para participar en forma alguna en el programa de eliminación de tatuajes. Por la presente relevo, descargo, y estoy de acuerdo en defender, indemnizar y mantener indemne, en la medida en que lo permita la ley, el Condado de San Mateo , la Oficina del Alcalde del Condado de San Mateo y SAL, San Mateo Departamento de Libertad Condicional del Condado, Ciudad de Redwood City, Departamento de Policía de Redwood City, y PAL o sus empleados, directores, voluntarios, cualquier y todos los propietarios, arrendadores, arrendatarios, o otras personas o entidades permitiendo, permisos o autorizaciones en el uso de las instalaciones por el Condado de San Mateo, la Oficina del Sheriff del Condado de San Mateo y SAL , Departamento de Libertad Condicional del Condado de San Mateo , Ciudad de Redwood City , Departamento de Policía de Redwood City, y PAL, y los agentes, representantes, empleados, funcionarios y directores de dichas personas o entidades ("liberados") de cualquier y todas las reclamaciones, demandas, costos, gastos, y la compensación que surja de, o en cualquier manera relacionada con una lesión o otro daño que puede dar lugar a mí mismo o dicho participante o a miembros de mi hogar de la familia o personas que invitan o por quienes vuelvo otra manera responsable durante su participación en presente o en

cualquier programa de eliminación de tatuajes, ya sea ocasionado por la negligencia de la liberación o de otra manera. Además, acepto y acepto que se administra el Programa de eliminación de tatuajes, en parte, por los voluntarios en lugar de profesionales pagados.

Además, acepto que esta exención de responsabilidad, asunción de riesgo y renuncia está destinado a ser tan amplio e inclusivo como permitido por las leyes de California y de acuerdo en que si se considera que alguna parte de esta exención de responsabilidad, asunción de riesgo y renuncia a ser inválida, el resto continuará

#### ACKNOWLEDGEMENT AND CONSENT

Further, I understand that the Tattoo Removal Program Participants may be captured in various forms of media during their participation in the Tattoo Removal Program. I hereby irrevocably consent to the unrestricted use of that media, including film, video, or still photographic material by the County of San Mateo, San Mateo County Sheriff's Office and SAL, San Mateo County Probation Department, City of Redwood City, Redwood City Police Department and PAL, its agents, successors, and assigns, of my name, voice, signature, photograph, or likeness, in any manner, on or in connection with publicity, advertising, solicitation, or sale of products, merchandise, goods, or services without compensation to me. I further hereby irrevocably consent to the unrestricted use of my biographical letter, name or signature by County of San Mateo, San Mateo County Sheriff's Office and SAL, San Mateo County Probation Department, City of Redwood City, Redwood City Police Department and PAL, its agents, successors, and assigns, in any manner, on or in connection with publicity, advertising, solicitation, or sale of products, merchandise, goods, or services without compensation to me. I hereby waive any right to inspect or approve the finished film, video, photography, advertising copy, or printed matter that may be used in conjunction therewith, or the eventual use to which it may be applied. In connection with the foregoing, I hereby release and hold harmless County of San Mateo, San Mateo County Sheriff's Office and SAL, San Mateo County Probation Department, City of Redwood City, Redwood City Police Department and PAL, its agents, successors, and assigns from all liability.

#### RECONOCIMIENTO DE RIESGO DEL PROCEDIMIENTO Y CONSENTIMIENTO

El procedimiento planeado es tratamiento de tatuaje(s) con el MedLite C6 láser usando local, tópico, o ninguna anestesia. El propósito de este procedimiento es de intentar de remover, desvanecer, o significativamente aclarar el tatuaje. Métodos de tratamiento alternativos incluye, pero no están limitados a criocirugía, dermoabrasión, electrocauterio, cremas de despigmentación y otras modalidades de laser o no tratamiento.

Yo entiendo que los riesgos del procedimiento incluyen la posibilidad de dolor, sangramiento, cicatrización, danos a estructuras cercanas, reacción a droga y complicaciones inesperadas. Además, hay el riesgo de ser herido accidentalmente en el ojo si la sesión de tratamiento de laser le toca el ojo. También está el riesgo de

remedios por residuos de pigmentación, persistencia de lesión de piel, el cambio o permanente claridad en el color de piel, cambio en la textura de piel y piel propensa a mallugares después de los tratamientos. El riesgo de cicatrización (incluye cicatrices elevadas) a pesar del tratamiento apropiado existe en todos los casos, pero puede ser grandemente minimizado por la asistencia postoperatoria. Tratamientos previos por cualquier método pueden aumentar cualquiera o todos los riesgos.

Yo entiendo que este procedimiento puede fallar en remover la pigmentación en algunos casos, especialmente en algunos casos de tatuajes aficionados. Los tatuajes requieren varios tratamientos para limpiar la tinta de la piel. La pérdida de pigmentación (usual temporal) no es inusual, pero puede ocurrir. Yo entiendo mi responsabilidad de cumplir con el cuidado apropiado después del tratamiento de acuerdo a las instrucciones por los médicos y por el personal del programa.

Además, estoy de acuerdo que cualquier fotografía o video tomada de mi puede ser usada para el entrenamiento o publicación al menos que yo notifique al personal del programa por escrito que mis fotografías no pueden ser usadas bajo ninguna circunstancia.

Se me ha preguntado en este momento que si tengo algunas preguntas sobre el procedimiento y no las tengo. Yo entiendo el procedimiento y acepto los riesgos y solicito que este procedimiento sea hecho en mi persona.

**If you are under the age of 18, please have parent/guardian sign as well/Si es menor de 18 años de edad, se requiere la firma del padre/guardián en la porción de abajo:**

Name of participant / Nombre del participante \_\_\_\_\_

Signature of Participant/*Firma del participante:* \_\_\_\_\_

Date/*Fecha:* \_\_\_\_\_

Signature of Parent/Guardian/*Firma del padre/guardian:* \_\_\_\_\_

Date/*Fecha:* \_\_\_\_\_

Name and Title of Adult Witness/*Nombre y título del testigo mayor de edad:*

\_\_\_\_\_

Signature of Adult Witness/*Firma del testigo mayor de edad:* \_\_\_\_\_

EMERGENCY AUTHORIZATION

I, the undersigned parent or legal guardian of the above-named participant, a minor, hereby authorize each of the County of San Mateo, San Mateo County Sheriff's Office and SAL, San Mateo County Probation Department, City of Redwood City, Redwood City Police Department and PAL employees and volunteers to act as my agents in the capacity of the activity supervisors and vehicle drivers, and I authorize each of them to consent to medical, surgical or dental examination and/or treatment, including to have employee, volunteer, emergency medical technician, nurse, medical treatment facility, and/or doctor of medicine or dentistry, or associated personnel (collectively, medical assistance providers) provide the participant with medical assistance and/or treatment and agree to be financially responsible for the cost of such assistance and/or treatment.

Parent(s)/guardian(s), or I, hereby authorize emergency transportation of the participant/myself to a medical treatment facility should a medical assistance provider consider it to be warranted.

I have read the above emergency authorization, and the disclaimer, assumption of risk and waiver, and the acknowledgement and consent agreements, fully understand the terms of each. I understand that I and participant have given up substantial rights by my signing this form and agreeing to these terms. I sign this form for myself and on behalf of participant and agree to these terms freely and voluntarily and without inducement. This agreement and of its terms shall remain in effect as long as the participant is participating in the Tattoo Removal Program unless revoked sooner in writing and personally delivered to any Tattoo Removal Program representative.

AUTORIZACIÓN DE EMERGENCIA

Yo, el padre o tutor legal del participante arriba mencionado, un menor de edad, por la presente autorizo a cada uno de el Condado de San Mateo, la Oficina del Sheriff del Condado de San Mateo y SAL, Departamento de Libertad Condicional del Condado de San Mateo, Ciudad de Redwood City, Departamento de Policía de Redwood City, empleados y voluntarios del Departamento, y PAL para actuar como mis agentes en la capacidad de los supervisores de actividades y conductores de vehículos, y autorizo a cada uno de ellos para dar su consentimiento para el examen y/o tratamiento médico, quirúrgico o dental, incluidos los que tienen empleado, voluntario de emergencia técnico médico, enfermera, instalación de tratamiento médico y/o doctor en medicina u odontología, o el personal asociado (colectivamente, los proveedores de asistencia médica) proporcionan al participante con asistencia médica y/o tratamiento y estoy de acuerdo en ser financieramente responsable por el costo de esa asistencia y/o tratamiento. Padre(s)/tutor(s), o yo, autorizan el transporte de

emergencia del participante/yo a una instalación de tratamiento médico considerado necesario por un proveedor de asistencia médica.

He leído la anterior autorización de emergencia, y el descargo de responsabilidad, asunción de riesgos y la renuncia, y los acuerdos de reconocimiento y consentimiento, entiendo completamente los términos de cada uno. Entiendo que yo y el participante hemos renunciado a derechos sustanciales con mi firma de esta forma y de acuerdo con estos términos. Firmo este formulario para mí y en nombre del participante y de acuerdo con estos términos libre y voluntariamente y sin aliciente. El presente acuerdo y sus términos se mantendrán en vigor mientras el participante está participando en el programa de eliminación de tatuajes más pronto que sea revocado por escrito y entregada personalmente a cualquier representante del Programa de eliminación de tatuajes.

**If you are under the age of 18, please have parent/guardian sign as well/Si es menor de 18 años de edad, se requiere la firma del padre/guardián en la porción de abajo:**

Name/Nombre: \_\_\_\_\_

Signature of Participant/*Firma del participante*: \_\_\_\_\_

Date/*Fecha*: \_\_\_\_\_

Signature of Parent/Guardian/*Firma del padre/guardian*: \_\_\_\_\_

Date/*Fecha*: \_\_\_\_\_

Name and Title of Adult Witness/*Nombre y título del testigo mayor de edad*:

\_\_\_\_\_

Signature of Adult Witness/*Nombre y Firma del testigo mayor de edad*:

\_\_\_\_\_

Date/*Fecha*: \_\_\_\_\_