

# Departamento de Salud del Estado de Nueva York

## Formulario de consentimiento de los padres para el uso de instalaciones de bronceado

Lea la siguiente información y establezca que comprende todas las advertencias y acepta todas las disposiciones al firmar más abajo.

### RADIACIÓN ULTRAVIOLETA

La radiación ultravioleta (UV) es cancerígena para las personas y puede causar cáncer de piel. La sobreexposición a la radiación UV por el uso de equipos de bronceado puede causar quemaduras y lesiones en la piel y ojos, el envejecimiento prematuro de la piel y reacciones alérgicas. La sobreexposición a la radiación UV puede reducir la inmunidad, lo que hace que el cuerpo tenga menos capacidad para combatir las infecciones. También puede empeorar las afecciones médicas previas.

*Mi hijo menor no superará el tiempo de exposición máximo establecido por el fabricante cuando use un equipo de bronceado.*

### SENSIBILIDAD A LA RADIACIÓN ULTRAVIOLETA

La combinación de radiación UV y determinados alimentos, cosméticos o medicamentos puede aumentar la sensibilidad a la radiación UV. Esto se denomina "fotosensibilidad."

*Soy consciente de que no se aconseja el uso de radiación UV cuando se consumen determinados alimentos o cuando se usan determinados cosméticos o medicamentos. Consultaré con un médico antes de que mi hijo menor use un equipo de bronceado si el niño está usando medicamentos fotosensibles, tiene antecedentes de problemas en la piel o si creo que es especialmente sensible a la luz solar. Comprendo que si mi hijo menor no se broncea al sol, es poco probable que se broncee con un equipo de bronceado.*

### HOJA INFORMATIVA SOBRE LOS RIESGOS DEL BRONCEADO

*Mi hijo menor y yo hemos leído la **hoja informativa sobre los riesgos del bronceado** del Departamento de Salud del Estado de Nueva York.*

### PROTECCIÓN OCULAR

El no utilizar la protección ocular certificada por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) puede tener como resultado quemaduras o lesiones graves en los ojos, tales como fotoqueratitis, cataratas, degeneración macular y melanoma.

*Mi hijo menor acepta usar la protección ocular certificada por la FDA.*

### CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES

*Soy el padre o tutor legal de un menor de diecisiete (17) años de edad.*

**Nombre en imprenta del menor** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento del menor** \_\_\_\_\_

*Mi hijo menor y yo hemos recibido instrucciones adecuadas respecto al funcionamiento y uso de los equipos de bronceado.*

*Mi hijo menor y yo hemos leído y comprendido los riesgos del bronceado para tomar decisiones informadas respecto al bronceado artificial y el uso de equipos de bronceado.*

*Autorizo que mi hijo menor use equipos de bronceado en estas instalaciones.*

**Firma del padre o tutor legal** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Nombre en letra de molde del padre o tutor legal** \_\_\_\_\_

**Firma del empleado u operador** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_