



County of Santa Cruz

HEALTH SERVICES AGENCY

Environmental Health Division

701 Ocean St. Room 312, Santa Cruz, CA 95060

(831) 454-2022 TDD/ TTY: Call 711

www.scceh.org



BODY ART FACILITY HEALTH PERMIT APPLICATION

(Aplicación para Permiso de Salud para una Instalación de Arte Corporal)

OWNER INFORMATION (Información del Dueño)			FOR OFFICE USE (Para Uso de Oficina)	
OWNER (Dueño)			REC DATE	
BUSINESS NAME (Nombre del Negocio)			PE 1910	AMT
ADDRESS (Dirección)			CASH/CHK/MONEY ORDER CHK# _____ DATE _____	
CITY (Ciudad)	STATE (Estado)	ZIP (Código Postal)	RECORD ID	
PHONE (Teléfono)			E-MAIL (Correo Electrónico)	
MAILING ADDRESS (IF DIFFERENT) (Dirección de Correo (Si Diferente))				
CITY (Ciudad)	STATE (Estado)	ZIP (Código Postal)		
ATTACHMENTS (Adjuntos)				
☐ INFECTION PREVENTION CONTROL PLAN (Plan de Prevención de Infección)			☐ BODY ART CONSENT FORM (Forma de Consentimiento Para Arte Corporal)	
SERVICE TYPE-MARK ALL THAT APPLY (Tipo de Servicio-Marque todo lo que aplica)				
☐ TATTOOING (Tatuaje)	☐ BODY PIERCING (Perforación corporal)	☐ BRANDING (Marcar)	☐ PERMANENT COSMETICS (Cosméticos Permanentes)	☐ OTHER _____ (Otro)

ACKNOWLEDGEMENTS (Acuerdos)
By applying for this health permit application, I understand and agree to the following: General Permit Requirements 1. I must comply with all applicable laws and regulations. 2. Health permits are site-specific, operator specific, and non-transferable. If I move, I must go through the health permit application process again. 3. My Body Art Facility permit must be renewed annually, or I must cease operation. Inspection 4. I may be subject to unannounced inspections by Environmental Health inspection staff. 5. The inspector may take measurements, collect samples, request records, capture images, and take other actions to verify compliance with applicable codes. 6. I may be subject to additional inspection/ investigation due to complaint(s) or illness reports. Al aplicar para este permiso de salud, comprendo que yo estoy de acuerdo con lo siguiente: Requisitos de Permiso General 1. Debo cumplir con las leyes y regulaciones que aplican. 2. Los permisos de salud son específicos al lugar, el operador y no son transferibles. Si me mudo, debo aplicar nuevamente para obtener un permiso de salud. 3. Mi permiso de Instalación de Arte Corporal debe ser renovado anualmente, o debo discontinuar la operación. Inspección 4. Puedo ser sujeto a inspecciones sin anuncio por personal de inspección de la División de Salud Ambiental. 5. El inspector puede tomar medidas, coleccionar muestras, solicitar registros, tomar fotos, y tomar otras acciones para verificar el cumplimiento con los códigos aplicables. 6. Puedo estar sujeto a inspecciones adicionales o investigaciones debidas a quejas o reportes de enfermedad

OWNER NAME: _____ TITLE: _____
(Nombre del Dueño) (Titulo)

OWNER SIGNATURE: _____ DATE: _____
(Firma del Dueño) (Fecha)

FOR OFFICE USE (Para Uso de Oficina)
HEALTH PERMIT APPROVED BY: _____ EHS DATE: _____