



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 PRACTITIONER REGISTRATION (Registración para Practicante de Arte Corporal)

OWNER INFORMATION (Información del Dueño)				FOR OFFICE USE (Para Uso de Oficina)	
FULL LEGAL NAME (Nombre Completo Legal)				REC DATE	
ADDRESS (Dirección)				PE 1901	AMT
CITY (Ciudad)	STATE (Estado)	ZIP (Código Postal)		CASH/CHK/MONEY ORDER CHK _____ DATE _____	
PHONE (Teléfono)		E-MAIL (Correo Electrónico)		RECORD ID	
MAILING ADDRESS (IF DIFFERENT) (Dirección de Correo (Si Diferente))					
CITY (Ciudad)	STATE (Estado)	ZIP (Código Postal)			
ATTACHMENTS (Adjuntos)					
☐ COPY OF ID (MUST BE OVER 18 YEARS OF AGE) (Copia de Identificación (Debe ser mayor de 18 años))					
☐ BLOODBORNE PATHOGEN TRAINING (BBP) CERTIFICATE (Copia de Certificado de Entrenamiento de Patógenos de la Sangre (BBP))					
BBP PROVIDER (Proveedor de BBP): _____ DATE ISSUED (Fecha de Emisión): _____					
☐ PROOF OF HEPATITIS B VACCINATION OR DECLINATION FORM (CHECK AND SUBMIT ONE OF THE FOLLOWING) (Comprueba de Vacunación de Hepatitis B o Forma de Declinación-Marque y Someta Uno de lo Siguiente)					
☐ CERTIFICATE OF COMPLETED VACCINATION (Certificado de vacuna completada)					
☐ LABORATORY EVIDENCE OF IMMUNITY (Evidencia de Laboratorio de Inmunidad)					
☐ CONTRAINDICATED FOR MEDICAL REASONS (Contraindicación por Razones Médicas)					
☐ VACCINATION DECLINATION (Declinación de Vacunación)					
TYPE OF SERVICE (Tipo de Servicio)					
☐ TATTOOING (Tatuaje)					
☐ BODY PIERCING (Perforación corporal)					
☐ BRANDING (Marcar)					
☐ PERMANENT COSMETICS (Cosméticos Permanentes)					
☐ OTHER _____ (Otro)					
FACILITY WHERE SERVICES WILL BE PROVIDED (Establecimiento Donde Dará Servicio)					
BUSINESS NAME (Nombre del Negocio)					
NAME OF OWNER (Nombre del Dueño)				PHONE (Teléfono)	
BUSINESS ADDRESS (Dirección del Negocio)					
CITY (Ciudad)	STATE (Estado)	ZIP (Código Postal)	E-MAIL (Correo Electrónico)		
ACKNOWLEDGEMENTS (Acuerdos)					
By applying for this Body Art Practitioner Registration, I understand and agree to the following: 1. I must comply with all applicable laws and regulations. 2. Registrations are operator specific, and non-transferable. I must renew my registration by the time it expires. 3. I may be subject to unannounced inspections by Environmental Health inspection staff. 4. The inspector may take measurements, collect samples, request records, capture images, and take other actions to verify compliance with applicable codes. 5. I may be subject to additional inspection/ investigation due to complaint(s) or illness reports.					
Al aplicar para esta Registración para Practicante de Arte Corporal, comprendo que yo estoy de acuerdo con lo siguiente: 1. Debo cumplir con las leyes y regulaciones que aplican. 2. Las registraciones son específicas al operador y no son transferibles. Mi registración debe ser renovada para cuando expira. 3. Puedo ser sujeto a inspecciones sin anuncio por personal de inspección de la División de Salud Ambiental. 4. El inspector puede tomar medidas, coleccionar muestras, solicitar registros, tomar fotos, y tomar otras acciones para verificar el cumplimiento con los códigos aplicables. 5. Puedo estar sujeto a inspecciones adicionales o investigaciones debidas a quejas o reportes de enfermedad					
APPLICANT SIGNATURE: _____ (Firma del Apicante)				DATE: _____ (Fecha)	
FOR OFFICE USE (Para Uso de Oficina)					
HEALTH PERMIT APPROVED BY: _____ EHS, DATE: _____					