



County of Santa Clara
Department of Environmental Health
 1555 Berger Drive, Suite 300
 San Jose, CA 95112-2716
 (408) 918-3400
<http://www.ehinfo.org/>



Programa de reconocimiento Healthy Nail Salon (salón de uñas saludable): Solicitud

Instrucciones: Llene la solicitud y preséntela en persona, por correo electrónico (Katherine.Nguyen@deh.sccgov.org) o por correo postal dirigido a Katherine Nguyen, County of Santa Clara, Department of Environmental Health, 1555 Berger Drive #300, San Jose, CA 95112

Sección I - Información de contacto

Nombre legal de la empresa		
Nombre del(os) propietario(s)		Nombre del gerente
Dirección de la empresa		Contacto secundario
Teléfono	Celular	Correo electrónico

Sección II – Capacitación del personal del salón (Adjunte páginas adicionales si es necesario)

¿Todo el personal del salón y los propietarios han recibido capacitación sobre la guía de Programa Healthy Nail Salon del Condado de Santa Clara? SÍ NO ALGUNOS
 número total de miembros del personal capacitados: _____

Nombres de los miembros del personal del salón capacitados en el Programa Healthy Nail Salon del Condado de Santa Clara:

1)	3)	5)
2)	4)	6)

Sección III - Marcas y productos de esmaltes de uñas

Marcas/productos de esmaltes de uñas que no contienen trío tóxico (ftalato de dibutilo [DBP], tolueno, formaldehído):

1)	4)	7)
2)	5)	8)
3)	6)	9)

Quitaesmaltes (marca y nombre del producto):

1)	2)	3)
----	----	----

Diluyentes de esmalte de uñas (marca y nombre del producto):

1)	2)	3)
----	----	----

Sección IV - Procedimientos

¿Los técnicos de uñas se ponen guantes de nitrilo o látex cuando utilizan productos para las uñas? SÍ NO ALGUNOS

¿Ventila su espacio cuando realiza servicios de uñas artificiales y cuando utiliza diluyentes y quita uñas?
 SÍ NO ALGUNAS VECES

HE ADJUNTADO UN COMPROBANTE DE COMPRA (FACTURAS)
 O
 ADJUNTARÉ COMPROBANTE DE COMPRA (FACTURAS) Y COMPROBANTE DE INSTALACIÓN EN EL FUTURO. (Para su información se tomará en cuenta su solicitud)

Al enviar esta solicitud, confirmo que, a mi leal saber y entender, la información presentada está completa y correcta. Entiendo que el personal del programa visitará mi negocio para verificar los productos en uso y llevará a cabo un control del aire para medir el éxito del programa. Además, el personal del programa realizará visitas de seguimiento.

X _____ FECHA ____/____/____
 FIRMA DEL PROPIETARIO

Si tiene alguna pregunta sobre este formulario, póngase en contacto con Katherine Nguyen llamando al (408) 918-1958.