CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SOMETERSE A TÉCNICAS DE ARTE CORPORAL (TATUAJE, MICROPIGMENTACIÓN, PERFORACIÓN CUTÁNEA Y OTRAS SIMILARES), según establece el Decreto 18/2004 de 9 de marzo (BOR) por el que se regulan las condiciones higiénico-sanitarias de los establecimientos donde se realizan estas prácticas

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN | | | | |
| Establecimiento:  Nombre o razón social:  Domicilio completo:  Localidad       CP  C.I.F.      Teléfono  Aplicador:  Nombre y dos apellidos:  D.N.I. \_  Cliente:  Nombre y dos apellidos:  D.N.I.       Fecha de nacimiento:    /    /  Domicilio completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  CP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Representante legal:  (Cumplimentar en el supuesto de menores de edad e incapacitados)  Nombre y dos apellidos:  D.N.I.      Fecha de nacimiento:    /    /  Domicilio completo:  CP       Localidad:       Teléfono: | | | | |
| 1. TÉCNICA CONCRETA QUE SE VA A REALIZAR: | | | | |
| Denominación genérica: TATUAJES  MICROPIGMENTACIÓN- MICROBLANDING  PIERCING  Localización anatómica: | | | | |
| 1. MATERIALES QUE SE VAN A USAR | | | | |
| TINTAS: pigmentos autorizados por la AEMPS | | | | |
| MARCA | DENOMINACIÓN PRODUCTO  COLOR | Nº REGISTRO (PE) | LOTE | CADUCIDAD |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| JOYAS | | | | |
| MATERIAL | MODELO | LOTE | CADUCIDAD |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| AGUJAS  ESTÉRILES / CATÉTER | | | | |
| MARCA | MODELO | LOTE | CADUCIDAD |  |
|  |  |  |  |  |
| E) DESCRIPCIÓN DEALLADA DE LA TÉCNICA QUE SE VA A APLICAR | | | | |
| - Esta técnica es permanente:  SI  NO  Esta técnica es para toda la vida:  SI  NO  El PASO DEL TIEMPO PUEDE SUPONER UNA ALTERACIÓN DE LA ZONA EN LA QUE SE APLIQUE LA TÉCNICA  SI  NO  PUEDE QUE REQUIERA RETOQUES  SI  NO | | | | |
| F) MEDIDAS HIGIÉNICAS QUE SE ADOPTARÁN PARA PROTEGER LA SALUD DEL  CLIENTE | | | | |
| - Empleo de material de un solo uso o estéril.  - Desprecintado de todo el material en presencia del cliente.  - Limpieza y desinfección del área de trabajo y la zona anatómica sobre la que se va a actuar.  - Desechado del material sobrante en presencia del cliente.  - Uso de guantes de un solo uso.  - Uso de bata, mascarilla u otras medidas de protección específicos y limpios  G) MEDIDAS A SEGUIR EN LOS DÍAS PREVIOS A LA INTERVENCIÓN: | | | | |
| - No se deben tomar fármacos antiagregantes, como la aspirina.  - No se deben tomar fármacos anticoagulantes ni vasodilatadores.  - No ingerir alcohol.  - No exponer al sol ni rayos UVA la zona de aplicación | | | | |
| H) MEDIDAS A SEGUIR EN LA ZONA TRAS LA APLICACIÓN: | | | | |
| Hacer la higiene diaria con suero fisiológico (aplicado con una gasa estéril).  - Aplicarle frío seco (los dos primeros días, máximo unos 5 minutos).  - Mantenerla seca.  - No agredirla, no rascarla, ni frotarla ni realizar tratamientos faciales.  - Evitar cosméticos no específicos: cremas, maquillajes, leches limpiadoras, vaselinas,etc.  - Evitar el sol y los rayos UVA.  - Evitar ir a las saunas, piscinas y playas.  - Antes de la exposición al sol es preciso utilizar protectores solares de pantalla total.  - Si en los días posteriores a la aplicación apareciese cualquier reacción o alteración hay que consultar al médico | | | | |
| I) POSIBLES RIESGOS Y COMPLICACIONES | | | | |
| En las técnicas de arte corporal en las que se perfora la epidermis existe el riesgo de  transmisión de determinadas enfermedades que se propagan por vía sanguínea: Hepatitis B ó C, VIH. Cicatrización queloide, posible sensibilización a los productos utilizados, fotosensibilización, rechazos. Para evitar ese riesgo en este establecimiento aplicamos todas las técnicas que han demostrado ser eficaces y se le han señalado en apartados anteriores | | | | |
| J) CONTRAINDICACIONES: | | | | |
| Situaciones ante las cuales no es recomendable la aplicación de técnicas de arte  corporal de manera temporal:  - Déficit inmunológico, mientras dure el mismo.  - Intervenciones quirúrgicas.  - Quimioterapia o radioterapia.  - Infección local o general por bacterias, hongos o virus.  - Cicatrices no estabilizadas  - Quemaduras recientes.  - Úlceras.  - Hematomas | | | | |
| Situaciones ante las cuales no es recomendable la aplicación de técnicas de arte  corporal si no es bajo supervisión médica: | | | | |
| - Diabetes.  - Hemofilia.  - Cardiopatías.  - Portadores de VIH.  - Portadores de hepatitis B y C.  - Inmunodeprimidos.  - Prótesis (valvulares, ortopédicas, … | | | | |
| Situaciones ante las cuales no es recomendable la aplicación de técnicas de arte  corporal bajo ninguna circunstancia: | | | | |
| - Reacciones alérgicas a los productos utilizados.  - Padecimientos de la piel en la zona de aplicación:  o Pecas y lunares.  o Queloides.  o Angiomas engrosados.  o Verrugas.  o Melanomas.  o Impétigo. Psoriasis. Dermatitis, Acné. Alergias de contacto.  o Urticaria.  o Cloasma.  o Cáncer de piel.  o Ombligos protruyentes.  o Enfermedades infecciosas o infección | | | | |
| K) PRESUPUESTO PREVIO Y COSTE DEL SERVICIO | | | | |
| L) REVOCAR ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO  Se me ha informado que tengo derecho a revocar el presente documento en cualquier momento, sin necesidad de expresar motivación alguna | | | | |

|  |
| --- |
| El cliente admite haber sido informado por escrito y oralmente, sobre todos los apartados establecidos en el presente documento y hace manifestación expresa de su conformidad para que sea aplicada la técnica de arte corporal que se reseña en el mismo. Y como prueba del mismo firma el presente documento en presencia del aplicador.  En      a      de      de |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | EL APLICADOR EL CLIENTE, PADRE, MADRE o TUTOR | |  | | AUTORIZACIÓN PARA EL MENOR DE EDAD, INCAPACITADO Y PERSONAS DE 16-18 a AÑOS | | D/DÑA\_     , con DNI/Pasaporte  Como (2)      de      , cuyo grado de parentesco o responsabilidad acredito mediante      , considero que mi       tiene la madurez mental suficiente para someterse a la prueba de  arte corporal especificada en este documento. Y, como prueba de este reconocimiento firmo la  presente, en presencia del aplicador, cuya firma acompaña.  En       a       de       de  EL APLICADOR EL/LA      (2)  Firmado:  (2) Padre, madre o tutor, según proceda a la vista de lo establecido en el artículo 10 del Decreto  18/2004 de 5 de marzo, por el que se regulan las condiciones higiénico-sanitarias de los  Establecimientos donde se realizan prácticas de tatuaje, micropigmentación, perforación cutánea y  otras técnicas similares de arte corporal, sobre protección del menor y del incapacitado | |