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 |  |
|       |       |       |       |  |
|       |       |       |       |  |
| AGUJASESTÉRILES / 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 [ ]  NOEl 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 DELCLIENTE |
| - 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 limpiosG) 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 detransmisión 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 artecorporal 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 artecorporal 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 artecorporal 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 INFORMADOSe 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 dearte corporal especificada en este documento. Y, como prueba de este reconocimiento firmo lapresente, 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 Decreto18/2004 de 5 de marzo, por el que se regulan las condiciones higiénico-sanitarias de losEstablecimientos donde se realizan prácticas de tatuaje, micropigmentación, perforación cutánea yotras técnicas similares de arte corporal, sobre protección del menor y del incapacitado |

 |