

NOMBRE DE LA EMPRESA:

NIF:

DIRECCIÓN:

TELÉFONO

Nº REAC

DATOS DEL/ DE LA APLICADOR/A:

NOMBRE Y APELLIDOS:

NIF:

INSERTE LOGOTIPO DE EMPRESA (OPCIONAL)

MODELO CONSENTIMIENTO INFORMADO MICROPIGMENTACIÓN/MICROBLADING(*)

DATOS DEL CLIENTE:

Nombre y Apellidos: _____ **EDAD:** _____

DNI: _____ **(ADJUNTAR FOTOCOPIA) Teléfono:** _____

EN CASO DE MENORES DE EDAD NO EMANCIPADOS E INCAPACES

Nombre y Apellidos del/de la tutor/a legal: _____

DNI: _____ **(ADJUNTAR FOTOCOPIA): Teléfono** _____

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

La Micropigmentación y/o Microblading son técnicas estéticas, cuyo objetivo es corregir, modificar, embellecer o equilibrar de forma semipermanente determinados rasgos faciales o corporales, a través de la implantación, mediante agujas, de pigmentos en la epidermis.

RIESGOS Y COMPLICACIONES QUE SE PUEDEN DERIVAR

Como cualquier técnica invasiva, conllevan riesgos como cicatrices patológicas, alergia a los pigmentos, posibilidad de aparición de herpes e infecciones.

INDICACIONES PREVIAS A LA APLICACIÓN DE LA MICROPIGMENTACIÓN

- Si Usted está tomando algún medicamento, en especial vasodilatadores o anticoagulantes, consulte con su médico antes de iniciar la técnica.
- No tomar el sol ni rayos UVA.
- No es aconsejable realizarse tratamientos faciales.
- No tomar alcohol, bebidas excitantes (café, té, refrescos con cafeína o teína) o sustancias con componentes excitantes así como marisco, comidas picantes y/o comidas copiosas.
- Si la micropigmentación se va a realizar en cejas, se aconseja que el cliente se quite las lentes de contacto.

CUIDADOS GENERALES POSTERIORES A LA APLICACIÓN DE LA MICROPIGMENTACIÓN

- Limpie la zona suavemente con suero fisiológico y/o agua y jabón neutro y a continuación seque.
 - Si existe inflamación los primeros 2 días, poner frío seco (tiempo máximo 5 minutos).
 - Mantener seca la zona: evitar sudor, exceso de tiempo bajo la ducha, sauna, piscina o playa, así como el contacto con el polvo.
 - No agredir la zona: no rascar, ni frotar, ni quitar la pequeña costración del tratamiento.
- Durante 2 meses después del tratamiento:**
- Evite tomar el sol/ rayos UVA. En caso de exposición al sol debe utilizar protector solar (pantalla total) en la zona de tratamiento.
 - Realizar visita según indicaciones del centro para observar su evolución y evitar cambios de color.

(*) Según Anexo 3 del Decreto 35/2005, de 10 de marzo, de Consejo de Gobierno, por el que se regulan las prácticas de tatuaje, micropigmentación, perforación cutánea ("piercing") u otras similares de adorno corporal, modificado por Decreto 63/2021 de 28 de Abril, del Consejo de Gobierno, por el que se modifican diferentes normas reglamentarias para la simplificación normativa y reducción de cargas administrativas

DEBERÁ CONSULTAR CON SU MÉDICO
SI ESTÁ SIGUIENDO ALGÚN TRATAMIENTO, TIENE DUDAS EN RELACIÓN CON UNA ENFERMEDAD QUE PADEZCA O SI DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DE LA TÉCNICA DE MICROPIGMENTACIÓN APARECIERE CUALQUIER COMPLICACIÓN

**DURACIÓN DEL EFECTO COLORANTE Y ELIMINACIÓN DEL MISMO
(REVERSIBILIDAD)**

La duración del efecto pigmentado se estima entre 3 meses y 3 años. El retoque periódico antes de la desaparición total del efecto colorante, permite mantener correcta e indefinidamente el color implantado. Si no se realizan retoques periódicos el efecto colorante desaparecerá poco a poco. Para una eliminación del color antes de su desaparición, se puede someter al pigmento implantado al tratamiento láser por **profesionales médicos especializados** teniendo en cuenta que hay colores que por su composición, pueden ser más difíciles de eliminar e incluso algunos no pueden ser eliminados.

CONTRAINDICACIONES

EN NINGÚN CASO SE PUEDE REALIZAR si existen reacciones alérgicas a los pigmentos, afecciones de la piel en la zona de aplicación, por ejemplo: pecas, lunares, queloides, angiomas abultados, verrugas, melanomas, impétigo, psoriasis, urticaria, cloasma, nevus y cáncer de piel).

¿HA REALIZADO PRUEBA DE ALERGIA PREVIA AL TRATAMIENTO?

SÍ NO

ES OBLIGATORIO QUE EL/LA APLICADOR/A RELLENE ESTE APARTADO

La zona elegida para el tratamiento de MICROPIGMENTACIÓN es: _____

TINTAS EMPLEADAS:

Nº AEMPS: _____ MARCA: _____ LOTE: _____ COLOR: _____ FECHA CAD: _____

Nº AEMPS: _____ MARCA: _____ LOTE: _____ COLOR: _____ FECHA CAD: _____

Nº AEMPS: _____ MARCA: _____ LOTE: _____ COLOR: _____ FECHA CAD: _____

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.

FECHA Y FIRMA

En _____, a _____ de _____ de 20____

FIRMA DEL CLIENTE

FIRMA DEL/DE LA APLICADOR/A

PROTECCIÓN DE DATOS:

Responsable de tratamiento: [Incluir nombre del profesional o denominación social del responsable, NIF y domicilio social]. **Contacto DPD:** [en caso de que se disponga de DPD, identificar medio de contacto]. **Finalidad:** gestión de la relación contractual y cumplimiento de obligación legal de aplicación al responsable. **Legitimación:** art. 6.1. b) y c) RGPD. **Conservación:** con carácter general, los datos se conservarán durante el tiempo que resulte necesario en cumplimiento de los distintos plazos de prescripción que resulten de aplicación. **Destinatarios:** no se prevé salvo que se requiera en atención a cumplimiento de una obligación legal. **Ejercicio de derechos:** el interesado puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad, cuando sean aplicables, mediante comunicación escrita en la que concrete su solicitud dirigida al domicilio del responsable/ mediante correo electrónico dirigido a: [identificar dirección de correo electrónico si se habilita este medio] acompañando su DNI o documento equivalente. Le informamos de la posibilidad de presentar una reclamación ante la Autoridad de Control (Agencia Española de Protección de Datos - www.aepd.es).

UNA COPIA ES PARA EL ESTABLECIMIENTO Y OTRA PARA EL CLIENTE