

DATOS 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 PERFORACIÓN CUTÁNEA ("PIERCING")*

| |
|---|
| 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 tutor legal: _____ DNI: _____ (ADJUNTAR FOTOCOPIA): Teléfono: _____ |
| DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA |
| <p>Procedimiento de decoración corporal consistente en la perforación de cualquier parte del cuerpo con la finalidad de prender del mismo objetos de metal u otros materiales.</p> <p>Las joyas serán de acero quirúrgico, oro de 14 kilates como mínimo o titanio, para reducir el riesgo de infección o reacción alérgica, envasadas individualmente y mantenidas en condiciones estériles hasta su utilización. LOS ENVASES DEBEN ABRIRSE EN PRESENCIA DEL CLIENTE.</p> |
| RIESGOS Y COMPLICACIONES QUE SE PUEDEN DERIVAR |
| <p>La realización de un piercing puede modificar la piel y no está exenta de riesgos para tu salud. Según la zona del cuerpo donde se realice el piercing pueden aparecer las siguientes complicaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oreja: Infección. - Nariz: Infección y daño del cartílago. - Ceja: Infección, lesión en el nervio y/o en el conducto lacrimal. - Labio: Infección, irritación dental, daño del conducto salival. - Lengua: Dolor, inflamación, hemorragia, entumecimiento, daño del nervio sublingual, pérdida del sentido del gusto, alteración de la producción de saliva. - Ombiligo: Infección, ya que es una zona poco aireada lo que facilita la aparición de hongos y bacterias. - Pezón: Infección: No realizar durante el embarazo. - Genitales: Infección, riesgo de disminución de la sensibilidad, hemorragia. <p style="text-align: center;">SE PUEDEN PRODUCIR TRAUMATISMOS QUE OCASIONEN LESIONES IMPORTANTES Y CUYA GRAVEDAD DEPENDE DEL TAMAÑO Y DE LA LOCALIZACIÓN DEL PIERCING.</p> |
| INDICACIONES PREVIAS A LA APLICACIÓN DE LA PERFORACIÓN CUTÁNEA |
| <ul style="list-style-type: none"> - Si Usted está tomando algún medicamento, en especial vasodilatadores o anticoagulantes, consulte con su médico antes de iniciar la técnica. -No tome alcohol, bebidas excitantes (café, té, refrescos con cafeína o teína) o sustancias con componentes excitantes, así como marisco, comidas picantes y/o comidas copiosas. |

(*) 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

CUIDADOS GENERALES POSTERIORES A LA APLICACIÓN DEL PIERCING

- Antes de limpiar, curar o tocar el piercing **lávese las manos** con agua y jabón neutro.
- Es muy importante mantener el área del piercing limpia por ello **lávese la zona** con agua y jabón neutro y/o suero fisiológico al menos 2 veces al día. Enjuague perfectamente y a continuación debe secar muy bien la zona ya que la humedad en este tipo de heridas puede causar una infección.

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

CONTRAINDICACIONES

NO SE PODRÁ REALIZAR EL PIERCING si hay afecciones de la piel en la zona de aplicación, como por ejemplo lunares, queloides, angiomas abultados, verrugas, melanomas, nevus y/o cáncer de piel.

ES OBLIGATORIO QUE EL APLICADOR RELLENE ESTE APARTADO

La zona elegida para la PERFORACIÓN CUTÁNEA es: _____

JOYAS

MARCA: _____ MODELO: _____ MATERIAL: _____ LOTE: _____

MARCA: _____ MODELO: _____ MATERIAL: _____ LOTE: _____

AGUJAS ESTÉRILES/CATÉTER

MARCA: _____ MODELO: _____ LOTE: _____ FECHA CAD: _____

MARCA: _____ MODELO: _____ LOTE: _____ FECHA CAD: _____

MARCA: _____ MODELO: _____ LOTE: _____ 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

En _____, a _____ de _____ de 20__

El cliente manifiesta que ha comprendido las explicaciones que se le han facilitado y en tales condiciones **CONSIENTE** la realización de la perforación cutánea ("piercing").

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