

DATOS DE LA EMPRESA:

NIF:

Inserte logotipo de empresa
(OPCIONAL)

DIRECCIÓN:

TELÉFONO:

Nº REAC:

DATOS DEL/ DE LA APLICADOR/A:

NOMBRE Y APELLIDOS:

NIF:

MODELO CONSENTIMIENTO INFORMADO TATUAJE*

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
El tatuaje es una técnica invasiva de carácter PERMANENTE en la que las tintas se inyectan en la dermis mediante agujas, lo que implica un riesgo de posible transmisión de enfermedades, así como la exposición a largo plazo a las sustancias químicas y sus productos de degradación.
RIESGOS Y COMPLICACIONES QUE SE PUEDEN DERIVAR
Durante cuatro meses después de la aplicación de un tatuaje no deberá donar sangre. La presencia de un tatuaje en determinadas zonas corporales, <u>si no se encuentra cicatrizado y sano</u> , puede resultar una contraindicación u obstáculo para la aplicación de determinadas técnicas anestésicas (epidural o raquianestesia) o exploraciones radiológicas (resonancia magnética).
INDICACIONES PREVIAS A LA APLICACIÓN DE TATUAJE
<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 el sol ni rayos UVA. • No debe realizarse tratamientos faciales y/o corporales en la zona prevista. • No tome alcohol, bebidas excitantes (café, té, refrescos con cafeína o teína) o sustancias con componentes excitantes así como marisco, comidas picantes y/o copiosas.
CUIDADOS GENERALES POSTERIORES A LA APLICACIÓN DE TATUAJE
- Limpie la zona suavemente con suero fisiológico y/o con agua y jabón neutro. - Si existe inflamación los primeros 2 días, aplicar frío seco en la zona (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. <u>Durante 2 meses después del tratamiento:</u> Evite tomar sol y/o rayos UVA ya que la exposición a éstos puede variar el color del pigmento aplicado. En caso de que haya exposición solar debe utilizar protector solar (pantalla total) en la zona del tatuaje.

(*) 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

<p>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</p>
<p>DURACIÓN DEL EFECTO COLORANTE Y ELIMINACIÓN DEL TATUAJE (REVERSIBILIDAD)</p>
<p>El tatuaje es una técnica PERMANENTE. La tinta se deposita en capas profundas de la piel por lo que su posterior eliminación mediante láser u otras técnicas debe realizarse en centros sanitarios bajo supervisión médica.</p>
<p>CONTRAINDICACIONES</p>
<p>NO SE PODRÁ REALIZAR EL TATUAJE si tiene alergias a los productos utilizados, hemofilia, afecciones de la piel en la zona de aplicación como, por ejemplo: lunares y manchas, queloides, angiomas engrosados, verrugas, melanomas y cáncer de piel, impétigo, psoriasis, urticaria o cloasma.</p>
<p>¿HA REALIZADO PRUEBA DE SENSIBILIDAD CUTÁNEA PREVIA AL TRATAMIENTO? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
<p style="text-align: center;">ES OBLIGATORIO QUE EL/LA APLICADOR/A RELLENE ESTE APARTADO</p> <p>La zona elegida para el tratamiento de TATUAJE es: _____</p> <p>TINTAS EMPLEADAS: Nº AEMPS: _____ LOTE: _____ COLOR: _____ FECHA CAD: _____ Nº AEMPS: _____ LOTE: _____ COLOR: _____ FECHA CAD: _____ Nº AEMPS: _____ LOTE: _____ COLOR: _____ FECHA CAD: _____</p>
<p>REVOCAR ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO</p>
<p>Se me ha informado que tengo derecho a revocar el presente documento en cualquier momento, sin necesidad de expresar motivación alguna.</p>
<p>FECHA Y FIRMA</p> <p style="text-align: center;">En _____ , a _____ de _____ de 20__</p> <p>FIRMA DEL CLIENTE FIRMA DEL/DE LA APLICADOR/A</p>
<p>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).</p>
<p>UNA COPIA ES PARA EL ESTABLECIMIENTO Y OTRA PARA EL CLIENTE</p>