

**DATOS DE IDENTIFICACION:**

NOMBRE/RAZÓN SOCIAL:

NIF:

Nº REAC:

Inserte logotipo de empresa  
(OPCIONAL)

DIRECCIÓN:

LOCALIDAD (CP):

TELÉFONO:

**DATOS DEL/ DE LA APLICADOR/A:**

NOMBRE Y APELLIDOS:

**TITULACIÓN ACADÉMICA/CATEGORÍA PROFESIONAL:**

DNI:

**CONSENTIMIENTO INFORMADO MICROPIGMENTACIÓN/MICROBLADING\***

(\* 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.

**DATOS DEL CLIENTE:**

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_ (adjuntar fotocopia)

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

**REPRESENTANTE LEGAL:** (cumplimentar en caso de menores de edad no emancipados e incapaces)

Nombre y Apellidos del tutor legal: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_ (adjuntar fotocopia)

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

**DENOMINACION GENÉRICA Y DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA A APLICAR**

La micropigmentación y el microblading son **técnicas estéticas invasivas** de carácter **semipermanente**, cuyo objetivo es corregir, modificar, embellecer o equilibrar determinados rasgos faciales o corporales, a través de la aplicación, mediante agujas o similares de tintas/pigmentos en la epidermis.

**RIESGOS Y COMPLICACIONES QUE SE PUEDAN DERIVAR**

Como cualquier técnica invasiva, conlleva riesgos de complicaciones que varían de leves a graves.

Todo el material utilizado se encuentra **esterilizado**, es de **un solo uso y desechable**.

El **desprecintado** de todo el material y su posterior **eliminación** se realizará en presencia del cliente.

**Riesgos frecuentes:**

- Enrojecimiento de la zona de aplicación.
- Inflamación y sangrado durante el proceso de micropigmentación.
- Dolor en la zona de aplicación, de leve a significativo, en función de la zona micropigmentada

**Riesgos poco frecuentes:**

- Reacciones alérgicas a los pigmentos.
- Cicatriz hipertrófica (queloides).
- Granulomas en la zona de aplicación.
  - Infecciones de la piel.
- Contagio de enfermedades transmitidas por la sangre.
- Exposición a largo plazo a las sustancias químicas y sus productos de degradación.

## INDICACIONES PREVIAS A LA APLICACIÓN DE LA MICROPIGMENTACIÓN/MICROBLADING

- Si padece alguna enfermedad o está tomando algún medicamento, en especial vasodilatadores o anticoagulantes consulte con su médico antes de iniciar la técnica.
- En los días previos a la técnica, no tome el sol ni rayos UVA en la zona que va a ser micropigmentada.
- No es aconsejable realizarse tratamientos faciales previos a la técnica.
- Si la micropigmentación se va a realizar en ojos o cejas, se aconseja que el cliente se quite las lentes de contacto.
- No tome alcohol, bebidas excitantes (café, té, refrescos con cafeína, taurina, teína) o sustancias con componentes excitantes. Así como marisco, comidas picantes y/o copiosas antes de realización de la técnica.

## CUIDADOS GENERALES POSTERIORES TRAS APLICACIÓN

La práctica de la micropigmentación/microblading produce pequeñas heridas sobre la piel que deben tratarse como tal.

- **Limpie** la zona suavemente con agua y jabón con pH neutro **dos/tres** veces al día.
- **Aplique** frío seco (tiempo máximo cinco minutos) si existe inflamación los primeros días.
- **Evite** el contacto con medicamentos tópicos, alcoholes, cosméticos (cremas, maquillajes, etc) y polvo.
- **Mantenga** seca la zona evitando el exceso de sudor, el tiempo bajo la ducha, sauna, piscina y/o playa.
- **Evite** agresiones sobre la zona como roces, golpes o cualquier acción que pueda dañar o irritar la piel donde se ha realizado la micropigmentación, así como **rascar, frotar o quitar la costra de la zona micropigmentada**.
- **Evite** tomar sol y/o rayos UVA durante **dos meses** posteriores al tratamiento ya que esta exposición puede variar el color del pigmento aplicado. En caso de que haya exposición solar debe utilizar protector solar (pantalla total) en la zona de micropigmentada.

## DEBERÁ CONSULTAR CON SU MÉDICO

**SI DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DE LA TÉCNICA APARECIERE CUALQUIER COMPLICACIÓN/REACCIÓN/ALTERACIÓN DE LA PIEL SIGNIFICATIVA.**

## DURACIÓN DEL EFECTO COLORANTE Y ELIMINACIÓN DE LA MICROPIGMENTACIÓN/MICROBLADING (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 puedan NO ser eliminados completamente.

## CONTRAINDICACIONES

De manera general, **NO** debe realizarse técnicas de arte corporal (micropigmentación/microblading) si:

- Sufre algún tipo de alergia a alguno de los productos utilizados.
- Sufre algún tipo de enfermedad grave que afecte a su sistema inmunológico o patología hematológica.
- Tiene lunares/manchas, verrugas, dermatitis, acné, psoriasis, liquen, queloides, angiomas engrosados, impétigo, urticaria, cloasma, nevus y melanomas u otro tipo de cáncer de piel.
- Sufre algún tipo de enfermedad cardíaca, lleva marcapasos.

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

**LOCALIZACIÓN ANATÓMICA:** \_\_\_\_\_

TINTA Nº AEMPS: \_\_\_\_\_ LOTE: \_\_\_\_\_ COLOR: \_\_\_\_\_ FECHA CAD: \_\_\_\_\_

**¿HA REALIZADO PRUEBA DE SENSIBILIDAD CUTÁNEA PREVIA AL TRATAMIENTO?**

SÍ  NO

**DECLARACION Y REVOCACION DE ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
(CLIENTE/REPRESENTANTE LEGAL)**

Este documento es suscrito para que la persona usuaria o quien represente a la misma, preste su consentimiento para ser sometida a la siguiente técnica de decoración corporal.

Yo, D/DÑA \_\_\_\_\_ manifiesto que he sido informado/a de forma satisfactoria, qué es y cómo se realiza el procedimiento. También se me ha informado los riesgos existentes, las posibles molestias y/o complicaciones de dicho procedimiento.

He comprendido perfectamente todo lo anterior, he podido aclarar todas las dudas planteadas y doy

**CONSENTIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE LA TÉCNICA CITADA**

Se me ha notificado 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/REPRESENTANTE LEGAL**

**FIRMA DEL/DE LA APLICADOR/A**

**DNI:** \_\_\_\_\_

**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**