

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 PERFORACIÓN CUTÁNEA (PIERCING)*

(*) 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: _____	
RIESGOS Y COMPLICACIONES POTENCIALES EN FUNCIÓN DE LA LOCALIZACION	
Como cualquier técnica invasiva, conlleva riesgos de complicaciones que varían de leves a graves. La probabilidad de aparición de efectos indeseables depende de la región anatómica en la cual se localiza el piercing. De manera general existen:	
Riesgos frecuentes: <ul style="list-style-type: none"> • Enrojecimiento de la zona de aplicación. • Inflamación y sangrado durante el proceso de perforación y posterior. • Dolor en la zona de aplicación, de leve a significativo, en función de la zona perforada. 	Riesgos poco frecuentes: <ul style="list-style-type: none"> • Reacciones alérgicas a los materiales utilizados. • Infecciones de la piel con formación de abscesos. • Lesiones nerviosas. • Contagio de enfermedades transmitidas por la sangre. • Cicatriz hipertrófica/queloides en caso de perforar cartílago.
DEBERÁ CONSULTAR CON SU MÉDICO SI APARECIERE CUALQUIER COMPLICACIÓN/REACCIÓN/ALTERACIÓN DE LA PIEL SIGNIFICATIVA.	
<i>Complicaciones de los piercings en función de su localización (Mataix J y Silvestre JF). Disponible en:</i> file:///C:/Users/usuario/Downloads/Dialnet-ComplicacionesYCuidadosDeLosPiercingsYLosTatuajes2-4065645.pdf	

<p>Cavidad oral:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rotura parcial o total de dientes. • Recesión gingival. • Aumento de la salivación. • Problemas en la masticación o el habla. • Hemorragia. <p>Complejo areola-pezón:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiempos de cicatrización prolongados. • Mastitis. • Infección de prótesis mamarias. • Dificultades en la lactancia materna. <p>Ombliigo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiempos de cicatrización prolongados. • Altas tasas de infecciones locales. 	<p>Pabellón auricular:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cicatriz hipertrófica/queloides. • Condritis/pericondritis. • Incrustación. <p>Genitales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiempos de cicatrización prolongados. • Contagio de enfermedades de transmisión sexual al aumentar la fricción. • Rotura del preservativo. • Infecciones ascendentes prostáticas en piercings uretrales. • Infecciones testiculares en piercings escrotales. • Enfermedad inflamatoria pélvica. • Problemas durante el parto por vía vaginal. • Lesiones traumáticas durante el acto sexual. • Rupturas uretrales. • Aspiración/digestión.Gangrena de Fournier. <p>Párpados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Celulitis orbitaria.
--	--

INDICACIONES PREVIAS A LA APLICACIÓN

- Si padece alguna enfermedad o 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, taurina, teína) o sustancias con componentes excitantes, así como marisco, comidas picantes y/o copiosas antes de realizar la técnica.

CUIDADOS GENERALES POSTERIORES A LA APLICACIÓN

La práctica de la perforación cutánea produce pequeñas heridas sobre la piel que deben tratarse como tal.

- **Limpie** la zona suavemente con agua y jabón neutro **dos/tres** veces al día.
- **Los primeros días aplique** frío seco (tiempo máximo cinco minutos) si existe inflamación.
- **Evite** el contacto con medicamentos tópicos, alcoholes, cosméticos (cremas, maquillajes..) y el 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 perforación cutánea, así como **rascar, frotar o quitar la costra de la zona perforada.**

Durante cuatro meses después de la aplicación de perforación cutánea (piercing) no podrá donar sangre.

CONTRAINDICACIONES

De manera general, **NO** debe realizarse perforación cutánea si:

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

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

LOCALIZACIÓN ANATÓMICA: _____

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.

Las joyas serán de acero quirúrgico, **oro** de **14 quilates** como mínimo o **titanio**, para reducir el riesgo de infección o reacción alérgica. Una sustancia a evitar es el **níquel** por su alto potencial de sensibilización.

JOYAS:

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

AGUJAS ESTÉRILES/CATÉTER:

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

**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

