

DATOS DE IDENTIFICACION:

NOMBRE/RAZÓN SOCIAL:

Inserte logotipo de empresa
(OPCIONAL)

NIF:

Nº REAC:

DIRECCIÓN:

LOCALIDAD (CP):

TELÉFONO:

DATOS DEL/ DE LA APLICADOR/A:

NOMBRE Y APELLIDOS:

DNI:

TITULACIÓN ACADÉMICA/CATEGORÍA PROFESIONAL:**CONSENTIMIENTO INFORMADO 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.

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 QUE SE PUEDAN DERIVAR

Como cualquier técnica invasiva, conlleva riesgo 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 tatuaje y posterior.
- Dolor en la zona de aplicación, de leve a significativo, en función de la zona tatuada.

Riesgos poco frecuentes:

- Reacciones alérgicas a pigmentos de la tinta.
- 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.

- 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, no tome el sol ni rayos UVA, en la zona que va a ser tatuada.
- 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 A LA APLICACIÓN DE TATUAJE

La práctica del tatuaje produce pequeñas heridas sobre la piel y 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 el tatuaje, así como **rascar, frotar o quitar la costra de la zona tatuada**.
- **Evite** tomar sol y/o rayos UVA durante **dos meses** posteriores al tratamiento. 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 del tatuaje.

Durante cuatro meses después de la aplicación de un tatuaje no podrá donar sangre.

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 DEL TATUAJE (REVERSIBILIDAD)

El tatuaje es una técnica **PERMANENTE**. El paso del tiempo **puede** suponer una alteración o decoloración de la zona en la que se aplicó la técnica.

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.

CONTRAINDICACIONES

La aplicación de tatuajes tiene contraindicaciones de carácter temporal o absoluto. Consulte a su médico si tiene alguna duda.

De manera general, **NO** debe realizarse técnicas de arte corporal (tatuaje) 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 hematológico.
- Tiene lunares/manchas, verrugas, dermatitis, acné, psoriasis, liquen, queloides, angiomas engrosados, impétigo, urticaria, cloasma y melanomas u otro tipo de cáncer de piel.
- Sufre algún tipo de enfermedad cardíaca o lleva marcapasos .

La presencia de un tatuaje en determinadas zonas corporales, si no se encuentra cicatrizado y sano, **puede** resultar una contraindicación para la aplicación de determinadas técnicas anestésicas (epidural o raquianestesia) y/o exploraciones radiológicas (resonancia magnética).

¿HA REALIZADO PRUEBA DE SENSIBILIDAD CUTÁNEA PREVIA AL TRATAMIENTO?

SÍ NO

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

LOCALIZACIÓN ANATÓMICA TATUAJE : _____

TINTAS EMPLEADAS:

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

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

Nº AEMPS: _____ LOTE: _____ COLOR: _____ 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