**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, si no se encuentra cicatrizado y sano, 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** |
| * 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.Durante 2 meses después del tratamiento: 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. |
| **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 APARECIESE CUALQUIER COMPLICACIÓN** |
| **DURACIÓN DEL EFECTO COLORANTE Y ELIMINACIÓN DEL TATUAJE** **( REVERSIBILIDAD)** |
| 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.  |
| **CONTRAINDICACIONES** |
| **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. |
| **¿HA REALIZADO PRUEBA DE SENSIBILIDAD CUTÁNEA PREVIA AL TRATAMIENTO?****SÍ 🞏 NO 🞏** |
| **ES OBLIGATORIO QUE EL/LA APLICADOR/A RELLENE ESTE APARTADO**La zona elegida para el tratamiento de TATUAJE es: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**TINTAS EMPLEADAS**:Nº AEMPS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ LOTE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ COLOR:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_FECHA CAD:\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nº AEMPS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_LOTE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ COLOR:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_FECHA CAD:\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nº AEMPS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_LOTE::\_\_\_\_\_\_\_\_\_COLOR:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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 Y FIRMA**   En\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , a\_\_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 20\_\_\_**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** |