

**ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MICROPIGMENTACIÓN
MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
TRATAMIENTOS DE MICROPIGMENTACIÓN Y MICROBLADING
-20210208-**

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

TITULAR Y NIF
DIRECCIÓN; CP Y LOCALIDAD
TELEFONO; EMAIL

DATOS DEL CLIENTE MAYOR DE EDAD

NOMBRE, APELLIDOS, DNI
DIRECCIÓN, CP Y LOCALIDAD
TELEFONO; EMAIL

DATOS DEL PROFESIONAL

NOMBRE, APELLIDOS Y DNI
TELEFONO; EMAIL

INFORMACIÓN GENÉRICA

La reglamentación autonómica vigente exige que las personas que se van a realizar un tratamiento de micropigmentación y/o microblading deben ser informadas de forma oral y verbalmente de todas las circunstancias relativas al mismo, antes de que este se lleve a cabo. Reconozco que se me ha informado verbalmente y por escrito en el presente documento de todos los pormenores de la micropigmentación y/o el microblading, y que es firmado tanto por el cliente como por el técnico especialista que realiza el tratamiento en prueba de haber recibido dicha información.

La micropigmentación y/o microblading tanto facial como corporal y consiste en el procedimiento de decoración del cuerpo humano mediante la implantación de pigmentos y colorantes autorizados a nivel subepidérmico. El color del pigmento y la forma (diseño de forma) lo decidirá previamente el propio cliente a la aplicación del pigmento definitivo, en la etapa de diseño de forma y color de la zona. El número de sesiones indicada por el Técnico Especialista es únicamente orientativo.

La micropigmentación y/o el microblading tiene una duración variable, dependiendo de la piel del cliente y los cuidados proporcionados. El color del pigmento podrá ir perdiendo intensidad de color o ir virando a otros tonos en su proceso de degradación por lo que para mantener el tono adecuado al 100% puede hacer falta realizar sesiones de mantenimiento periódicas posteriores al tratamiento inicial.

La realización de una micropigmentación y/o microblading , consta de cuatro fases:

- Proyecto de diseño en el que se decide color y forma
- Aplicación con periodo de cicatrización de alrededor de una semana
- Revisión (tras el periodo de cicatrización) que se puede realizar a transcurridos treinta días de la primera aplicación.
- Sesiones de mantenimiento periódicas (semestrales, anuales, bianuales) posteriores al tratamiento inicial.

Cualquier estación del año es adecuada para la realización de la técnica de micropigmentación y/o microblading siempre que por parte del cliente se respeten todos los cuidados específicos indicados por el Técnico Especialista.

El cliente tiene derecho a rechazar el presente documento, una vez leído, sin expresar motivación alguna y, por tanto, renunciar a la realización del tratamiento.

El Técnico Especialista deberá estar vacunado de hepatitis B y de tétanos y respetar las normas básicas de protección y prevención en la transmisión de enfermedades con buenas prácticas de higiene. Realizará la limpieza de la zona de trabajo después de cada intervención. Antes de realizar el tratamiento se procede a la desinfección de la zona anatómica sobre la que se va a intervenir. Se utilizará y proveerá al usuario de medidas de protección específicas y limpias tales como bata, gorro, mascarilla quirúrgica y/o gafas. El material empleado será de un solo uso y estéril, desprecintándose todo el material en presencia de la persona usuaria, así como la eliminación del sobrante. Se usarán guantes de un solo uso y ropa de trabajo exclusiva y limpia, con recambio de la misma tras su contaminación con cualquier fluido corporal u otras sustancias, antes de cada tratamiento.

ADVERTENCIA: Este documento es un modelo guía de la Asociación Española de Micropigmentación, que se debe valorar y personalizar según las características de cada cliente (en cuanto a posibles riesgos y complicaciones) y según la normativa de cada Comunidad Autónoma. La AEM agradece cualquier colaboración o sugerencia con el fin de mejorarlo. La AEM no se responsabiliza de reclamaciones que se produzcan al por el uso del presente modelo.

INFORMACIÓN SOBRE CONTRAINDICACIONES , RIESGOS Y CUIDADOS PRE Y POST

A. CONTRAINDICACIONES:

TEMPORALES: Menstruación, herpes simplex o zóster, conjuntivitis, debilidad inmunológica, embarazo, lactancia materna, personas afectadas de déficit inmunológico mientras dure, infiltraciones médico-estéticas, intervenciones quirúrgicas, quimioterapia o radioterapia, infección local, cicatrices no estabilizadas, afecciones de la piel en la zona de aplicación, dermatitis local, hematoma, quemaduras recientes, úlceras de piel e infecciones bacterianas, fúngicas o víricas.

TOTALES: Reacciones alérgicas a los pigmentos, afecciones de la piel en la zona de aplicación (pecas y lunares, manchas, queloides, angiomas abultados, verrugas, melanomas, impétigo, psoriasis, urticaria, cloasma, ombligos protuyentes, nevo o nevus y cáncer de piel)

B. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

Infección local bacteriana, fúngica o vírica. Infección general. Hepatitis (VHB, VHC). Sífilis, VIH, tétanos. Alergias. Dermatitis de contacto, reacciones cutáneas, alteraciones cutáneas.

C. INDICACIONES PREVIAS AL TRATAMIENTO:

1.-EN LOS DÍAS PREVIOS A LA INTERVENCIÓN:

- No tomar fármacos antiagregantes, como la aspirina, salvo criterio médico en contra.
- No tomar fármacos anticoagulantes ni vasodilatadores, salvo criterio médico en contra.
- No ingerir alcohol ni otras drogas antes de la intervención.

2.-UNA SEMANA ANTES:

- PREVENCIÓN DE HERPES SIMPLEX. (En caso de los labios consultar con su médico)
- No tomar el sol ni rayos UVA
- No realizarse tratamientos estéticos ni medico -estéticos en la zona de aplicación.

3.-24 HORAS ANTES. NO TOMAR:

- EXCITANTES: Té, café, refrescos con cafeína, teína o algún medicamento o sustancia con componentes excitantes. Mariscos, alimentos picantes y comidas fuertes en general. No debe acudir en ayunas al tratamiento. Abstenerse, salvo criterio médico en contra, de tomar fármacos antiagregantes, anticoagulantes o vasodilatadores.

D. CUIDADOS GENERALES POSTERIORES AL TRATAMIENTO

1.- Durante 7 días después:

- HIGIENE DIARIA: Limpiar suavemente con suero fisiológico en monodosis y una gasa estéril.
- FRÍO SECO: los primeros dos días máximo unos 5 minutos.
- MANTENER SECA LA ZONA.
- NO AGREDIR LA ZONA: No rascar ni frotar ni realizarse tratamientos faciales.
- NO REALIZAR TRATAMIENTOS ESTÉTICOS NI MEDICOESTÉTICOS EN LA ZONA DE APLICACIÓN
- EVITAR COSMÉTICOS NO ESPECÍFICOS SOBRE LA ZONA: Cremas, maquillajes, leches limpiadoras, vaselina.
- ALIMENTACIÓN: No tomar mariscos ni picantes especialmente.
- EVITAR SOL Y RAYOS UVA.
- EVITAR SAUNAS, PISCINAS Y PLAYAS.

2.- Mantenimiento:

- UTILIZAR PROTECTOR SOLAR (Pantalla Total)
- PROTEGER DEL CONTACTO con ácidos glicólicos, retinol, etc y de los láser depilatorios)
- REALIZAR VISITA ANUAL PARA OBSERVAR SU EVOLUCIÓN (evitar cambios de color)
- REALIZAR RETOQUE ANTES DE LOS DOS AÑOS.

ADVERTENCIA: Este documento es un modelo guía de la Asociación Española de Micropigmentación, que se debe valorar y personalizar según las características de cada cliente (en cuanto a posibles riesgos y complicaciones) y según la normativa de cada Comunidad Autónoma. La AEM agradece cualquier colaboración o sugerencia con el fin de mejorarlo. La AEM no se responsabiliza de reclamaciones que se produzcan al por el uso del presente modelo.

E. CONDICIONES DE REVERSIBILIDAD DE LA PRÁCTICA:

El tratamiento de micropigmentación y/o microblading es reversible mediante su eliminación por distintos métodos y actualmente especialmente por Laser, siendo dicha reversibilidad de carácter costoso y doloroso, sin poder asegurarse una eliminación total ni sin secuelas.

F. SI DURANTE EL PROCESO O POST-TRATAMIENTO APARECIERE CUALQUIER REACCIÓN O ALTERACIÓN IMPREVISTA DEBERÁ CONSULTAR CON EL TÉCNICO ESPECIALISTA Y CON SU MÉDICO.

G. PROTECCIÓN DE DATOS

De conformidad con lo dispuesto en las normativas vigentes en protección de datos personales, el Reglamento (UE) 2016/679 DE 27 de abril de 2016 (GDPR) y la Ley Orgánica (ES) 15/1999 de 13 de Diciembre (LOPD) le informamos que los datos personales y dirección de correo electrónico, recabados del propio interesado o de fuentes públicas, serán tratados bajo la responsabilidad del CENTRO/TÉCNICO ESPECIALISTA para el envío de comunicaciones sobre nuestros productos y servicios y se conservarán mientras exista un interés mutuo para ello. Los datos no serán comunicados a terceros, salvo obligación legal. Le informamos que puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, portabilidad y supresión de sus datos y los de limitación y oposición a su tratamiento dirigiéndose a _____ o enviando un correo electrónico a _____

He sido informada/o de mis derechos en lo concerniente a Protección de Datos, así como de las contraindicaciones, de las indicaciones que deben seguirse antes, durante y después del tratamiento, así como de los riesgos para la salud que pueden conllevar estas técnicas y asumo, como riesgos propios, no seguir las indicaciones y contraindicaciones que se me informan.

En prueba de conformidad con todo lo que antecede, firmo el presente documento por duplicado

En.....a.....de.....de 20

Firmado y Conforme Cliente

Firmado Técnico Especialista

(se adjunta fotocopia del D.N.I.)

ADVERTENCIA: Este documento es un modelo guía de la Asociación Española de Micropigmentación, que se debe valorar y personalizar según las características de cada cliente (en cuanto a posibles riesgos y complicaciones) y según la normativa de cada Comunidad Autónoma. La AEM agradece cualquier colaboración o sugerencia con el fin de mejorarlo. La AEM no se responsabiliza de reclamaciones que se produzcan al por el uso del presente modelo.

CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS PREVIAS AL TRATAMIENTO DE MICROPIGMENTACIÓN Y/O MICROBLADING

1.-La zona elegida para el tratamiento de micropigmentación/microblading es:.....

2.-Se me informa que se van a utilizar productos y accesorios desechables, que tras e test de sensibilidad alérgica van a ser desechados en mi presencia.

3.-Se ha realizado mi test de color y sensibilidad alérgica, utilizando pigmentos de la marca..... autorizados por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, y agujas marca..... monouso y esterilizadas que cumplen la normativa de Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

Los colores y agujas utilizadas tienen los siguientes lotes:

Pigmento.....Nº Reg. Sanitario.....Lote:.....Aguja.....Lote:.....

Pigmento.....Nº Reg. Sanitario.....Lote:.....Aguja.....Lote:.....

Pigmento.....Nº Reg. Sanitario.....Lote:.....Aguja.....Lote:.....

Pigmento.....Nº Reg. Sanitario.....Lote:.....Aguja.....Lote:.....

4.-Se ha utilizado aparatología e instrumental (previamente desinfectado y cubierto) marca.....que cumple la normativa de Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

5.-La zona de aplicación elegida para la realización del test es:.....

6.-El Técnico Especialista ha realizado una prueba de visagismo (diseño) que he comprobado, teniendo en cuenta mis características morfológicas y personales, siendo la forma y la posición del diseño de mi agrado.

7.-Autorizo a la realización de fotografías antes y después del estudio de visagismo (diseño). La custodia y gestión de dichas fotografías están sujetas a la normativa de protección de datos de carácter personal.

8.-He seleccionado previamente el color, intensidad y forma del diseño y he consensuado los mismos con el Técnico Especialista.

9.-Se me informa de las contraindicaciones y riesgos para la salud conlleva esta técnica y certifico que soy apta para el tratamiento asumiendo como riesgos propios no seguir las indicaciones que se me informan. He recibido las recomendaciones e instrucciones a seguir tanto antes, durante como después del tratamiento y me comprometo a seguirlas sin necesidad de control alguno por parte del Técnico Especialista (Firmo la hoja de instrucciones adjunta). Se me aconseja consultar al médico siempre que lo precise.

10.-He sido informada que el presupuesto global del tratamiento es de€, que incluye la prueba de sensibilidad alérgica, la sesión del tratamiento y la primera revisión, si fuera necesario, el cual he de realizármelo obligatoriamente entre los 30 y los 60 días posteriores a la sesión.

11.- Que de dicho presupuesto he abonado en el día de la fecha la cantidad de.....€ en concepto de Prueba de Sensibilidad Alérgica. Ese importe será descontado del presupuesto global, de forma que el día del tratamiento abonaré la cantidad de.....€. El importe de la Prueba de Sensibilidad Alérgica no será reembolsable bajo ningún concepto.

Y para que conste que me hallo conforme con todo lo anteriormente expuesto, firmo en la fecha indicada.

Fecha...../...../.....

Firmado y Conforme Cliente

Firmado Técnico Especialista

(se adjunta fotocopia del D.N.I.)

ADVERTENCIA: Este documento es un modelo guía de la Asociación Española de Micropigmentación, que se debe valorar y personalizar según las características de cada cliente (en cuanto a posibles riesgos y complicaciones) y según la normativa de cada Comunidad Autónoma. La AEM agradece cualquier colaboración o sugerencia con el fin de mejorarlo. La AEM no se responsabiliza de reclamaciones que se produzcan al por el uso del presente modelo.

CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO DE MICROPIGMENTACIÓN Y/O MICROBLADING

1.-Se me ha explicado de forma comprensible el tratamiento de micropigmentación y/o microblading, sus alternativas, complicaciones y contraindicaciones. Se me informa que la micropigmentación es una técnica de microimplantación de pigmentos en la piel, cuyos resultados se irán desvaneciendo gradualmente por causas diversas como la intensidad del color aplicado, una cosmética no apropiada, cuidados no adecuados y otras particularidades. En consecuencia, acepto el tratamiento de micropigmentación/microblading voluntariamente.

2.-He revisado con el Técnico Especialista todos mis datos, así como mi estudio de visagismo efectuado el día.....

3.-El Técnico Especialista me ha realizado un visagismo (diseño) previo al tratamiento que en el día de hoy he comprobado, estando conforme con el mismo, tanto con el color y la intensidad como con la forma.

4.-Autorizo la realización de fotografías antes y después del diseño previo, del tratamiento y de los retoques posteriores al tratamiento. La custodia y gestión de dichas fotografías están sujetas a la normativa de protección de datos de carácter personal.

5.-Se realizará el tratamiento utilizando pigmentos de la marca..... autorizados por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, y agujas marca..... monouso y esterilizadas que cumplen la normativa de Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

Los colores y agujas utilizadas tienen los siguientes lotes:

Pigmento.....Nº Reg. Sanitario.....Lote:.....Aguja.....Lote:.....

Pigmento.....Nº Reg. Sanitario.....Lote:.....Aguja.....Lote:.....

6.-Se utilizará aparatología e instrumental (previamente desinfectado y cubierto) marca.....que cumple la normativa de Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

7.- Al aplicar el pigmento se puede notar sensación desde pequeña desazón en las zonas de mayor sensibilidad por lo que el Técnico Especialista puede optar por el empleo de algún tipo de producto calmante tópico autorizado para tal menester, como loción, pomada o aerosol para adormecer o insensibilizar dicha zona.

8.-El tono finalmente elegido es de mi agrado. Sin embargo, estoy de acuerdo en que NO SE ME HA DADO GARANTÍA DE RESULTADO. El fin del tratamiento es mejorar mi apariencia existiendo la posibilidad de que alguna imperfección persista y que el resultado no sea el esperado por y reconozco que no se me ha dado tal garantía.

9.-He recibido información en la cita previa del día...../...../.....sobre las recomendaciones, contraindicaciones, riesgos y cuidados pre y post tratamiento y manifiesto que he seguido las recomendaciones y cuidados previos al tratamiento de acuerdo a lo que se me ha informado.

10.- Yo.....reconozco las siguientes particularidades que, en mi caso, el tratamiento de Micropigmentación/Microblading tiene, y que expongo a continuación.....

11.-Asumo como míos los problemas derivados de un cuidado post tratamiento de micropigmentación/microblading inadecuado como consecuencia de las particularidades de mi caso, eximiendo al Técnico Especialista,de los inconvenientes que puedan surgir. Se me informa nuevamente que en caso de alguna complicación consulte con mi médico.

12.- Se me informa que este consentimiento puedo rechazarlo antes de su firma y, por tanto, renunciar a la realización del tratamiento sin necesidad de expresar motivación alguna.

Y para que conste que me hallo conforme con todo lo anteriormente expuesto, firmo en la fecha indicada.

Fecha...../...../.....

Firmado y Conforme Cliente

Firmado Técnico Especialista

(se adjunta fotocopia del D.N.I.)

ADVERTENCIA: Este documento es un modelo guía de la Asociación Española de Micropigmentación, que se debe valorar y personalizar según las características de cada cliente (en cuanto a posibles riesgos y complicaciones) y según la normativa de cada Comunidad Autónoma. La AEM agradece cualquier colaboración o sugerencia con el fin de mejorarlo. La AEM no se responsabiliza de reclamaciones que se produzcan al por el uso del presente modelo.