TRATAMIENTO DE MICROPIGMENTACIÓN - CONSENTIMIENTO INFORMADO

La reglamentación autonomica vigente, exige que las personas que se van a realizar un tratamiento de micropigmentacion deben ser informadas de todas las circustancias relativas al mismo, antes de que este se lleve a cabo. Esta informacion estará recogida en un documento como el presente, que deberá ser firmado tanto por el cliente como por el técnico especialista que realiza el tratamiento.
El cliente tiene derecho a rechazar el presente documento, una vez leido, sin expresar motivación alguna y, por tanto, renunciar a la realización del tratamiento.

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO
TITULAR Y N.I.F. :
DIRECCION :
C.P. Y LOCALIDAD :
TELEFONO :

DATOS DEL CLIENTE MAYOR DE EDAD
NOMBRE, APELLIDOS Y D.N.I. :
DIRECCION :
C.P. Y LOCALIDAD :
TELEFONO :

DATOS DEL TECNICO ESPECIALISTA EN MICROPIGMENTACION
NOMBRE, APELLIDOS Y D.N.I. :
TELEFONO :

INFORMACIÓN SOBRE CONTRAINDICACIONES PRE Y POST RIESGOS EN LOS TRATAMIENTOS DE MICROPIGMENTACIÓN

- CONTRAINDICACIONES

TEMPORALES: Menstruación, herpes simplex o zoster, conjuntivitis, debilidad inmunológica, embarazo, infiltraciones médico estéticas, intervenciones de cirugía estética, quimioterapia o radioterapia, infección local, cicatrices no estabilizadas, afecciones de la piel en la zona de aplicación (dermatitis local, hematoma, quemaduras solares, 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, queloides, angiomas abultados, verrugas, melanomas, impétigo, psoriasis, urticaria, cloasma, nevo o nevus y cáncer de piel).
BAJO SUPERVISIÓN MÉDICA: Diabetes, hemofilia, cardiopatías, VIH, alteraciones de la piel o lesiones cutáneas no diagnosticadas en la zona de aplicación y otras patologías crónicas.

RIESGOS Y COMPLICACIONES
Infección local bacteriana, fúngica o vírica. • Infección general: Hepatitis (VHB, VHC), sífilis, VIH, tétanos. • Alergia, dermatitis de contacto, reacciones cutáneas. • Herpes simplex en los tratamientos labiales. • Hemorragia. • Cicatrices patológicas

INDICACIONES PREVIAS AL TRATAMIENTO
24 horas antes procurar no tomar:
EXCITANTES: Té, café, refrescos con cafeína o teína o algún medicamento o sustancia con componentes excitantes. • VASODILATADORES Y ANTICOAGULANTES: Alcohol, ácido acetilsalicílico, etc. • MARISCOS, PICANTES, COMIDAS FUERTES
1 semana antes:
PREVENCIÓN DE HERPES SIMPLEX. (En el caso de los labios consultar con su médico). • NO TOMAR EL SOL NI RAYOS U.V.A. Y NO REALIZARSE TRATAMIENTOS FACIALES.

CUIDADOS GENERALES POSTERIORES AL TRATAMIENTO
Durante 7 días después del tratamiento:
HIGIENE DIARIA: Limpiar suavemente con suero fisiológico en monodosis y una gasa estéril. • FRÍO SECO: Los primeros 2 días, máximo unos 5 minutos. • MANTENER SECA LA ZONA. • NO AGREDIR LA ZONA: No rascar ni frotar, ni realizarse tratamientos faciales. • EVITAR COSMÉTICOS NO ESPECÍFICOS SOBRE LA ZONA: Cremas, maquillajes, leches limpiadoras, vaselina, etc. • ALIMENTACIÓN: No tomar mariscos ni picantes especialmente. • EVITAR SOL Y RAYOS U.V.A. • EVITAR SAUNAS, PISCINAS Y PLAYAS.

MANTENIMIENTO
Siempre que se lleve un tratamiento de micropigmentación:
UTILIZAR PROTECTOR SOLAR (Pantalla Total). • PROTEGER DEL CONTACTO CON: (Ácidos: Glicólico, 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.

CONDICIONES DE REVERSIBILIDAD DE LA PRÁCTICA
El tratamiento de Micropigmentación es reversible mediante su eliminación por Láser, siendo dicha reversibilidad de carácter costoso y doloroso.

SI DURANTE EL PROCESO DE POST-TRATAMIENTO APARECIESE CUALQUIER REACCIÓN O ALTERACIÓN, DEBERÁ CONSULTAR CON SU MÉDICO.

PROTECCIÓN DE DATOS
De conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, se informa al interesado que los datos personales suministrados serán incorporados a un fichero de datos notificado a la Agencia de Protección de Datos, del cual:
- Es responsable el Centro relacionado anteriormente, empleándolos con la única finalidad de gestionar el tratamiento contratado y enviar información comercial relacionada con tratamientos de micropigmentación.
- Es responsable el Técnico Especialista en Micropigmentación relacionado anteriormente, empleándolo con la única finalidad de realizar el tratamiento contratado.
El interesado puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación, mediante envío de carta certificada, ante el responsable del fichero mencionado anteriormente.

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 que para la salud conllevan estas técnicas mal aplicadas, 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.

Firmado y Conforme Cliente
(se adjunta fotocopia del D.N.I.)

En.....a.....de.....de 2.0__

CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS PREVIAS

1. La zona elegida para el tratamiento de Micropigmentación es:.....
2. Se me informa que se van a utilizar productos y accesorios desechables, que tras el test de sensibilidad alérgica van a ser desechados en mi presencia.
3. Se ha realizado mi test de color y sensibilidad alérgica utilizando pigmentos GOLDENEYE monodosis esterilizados autorizados por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios en cumplimiento con la normativa del RD 1599/1997 y RD 209/2005 (disposición adicional 2ª) y agujas GOLDENEYE mono-uso y esterilizadas que cumplen la normativa del RD 414/96 (disposición adicional 5ª). Los colores y agujas utilizadas son las siguientes y tienen los siguientes lotes:

Pigmento:..... Nº Reg Sanitario..... Lote:..... Aplicador ..... Lote.....
Pigmento:..... Nº Reg Sanitario..... Lote:..... Aplicador ..... Lote.....
Pigmento:..... Nº Reg Sanitario..... Lote:..... Aplicador ..... Lote.....
Pigmento:..... Nº Reg Sanitario..... Lote:..... Aplicador ..... Lote.....

4. Se ha utilizado aparatología e instrumental GOLDENEYE que cumple la normativa RD 414/96(disposición adicional 5ª), previamente desinfectado y cubierto con fundas desechables anticontagio para mayor seguridad.

5. La zona de aplicación elegida para la realización del test es:.....
6. El Técnico Especialista me 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 la realización de fotografías antes y después del estudio de visajismo (diseño). La custodia y gestión de dichas fotografías están sujetas a ley 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 que para la salud conlleva esta técnica mal aplicada 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 el primer retoque, el cual he de realizármelo obligatoriamente entre los 30 y 60 días posteriores a la sesión de tratamiento.
11. Que de dicho presupuesto he abonado en el día de la fecha la cantidad de.....€ en concepto de "Prueba de Sensibilidad Alérgica". Este 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
(se adjunta fotocopia del D.N.I.)

CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO DE MICROPIGMENTACIÓN

1. 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 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 ley de protección de datos de carácter personal.
5. Se ha realizado mi tratamiento utilizando pigmentos GOLDENEYE monodosis esterilizados autorizados por la Agencia Española de Medicamentos y productos sanitarios en cumplimiento con la normativa del RD 1599/1997 y RD 209/2005 (disposición adicional 2ª) y agujas GOLDENEYE mono-uso y esterilizadas que cumplen la normativa del RD 414/96 (disposición adicional 5ª). Los colores y agujas utilizadas son las siguientes y tienen los siguientes lotes:"

Pigmento:..... Nº Reg Sanitario..... Lote:..... Aplicador ..... Lote.....
Pigmento:..... Nº Reg Sanitario..... Lote:..... Aplicador ..... Lote.....
Pigmento:..... Nº Reg Sanitario..... Lote:..... Aplicador ..... Lote.....
Pigmento:..... Nº Reg Sanitario..... Lote:..... Aplicador ..... Lote.....

6. El tono finalmente elegido es de mi agrado.

7. Se ha utilizado aparatología e instrumental GOLDENEYE que cumple la normativa RD 414/96(disposición adicional 5ª), previamente desinfectado y cubierto con fundas desechables anticontagio para mayor seguridad.

8. 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 "pre" que se me han informado.
9. Yo....., reconozco las siguientes particularidades que, en mi caso, el tratamiento de micropigmentación tiene y que expongo a continuación:.....
.....
.....
10. Asumo como míos los problemas derivados de un cuidado post tratamiento de micropigmentación no adecuado como consecuencia de las particularidades de mi caso, eximiendo al Técnico Especialista, D..... de los inconvenientes que puedan surgir. Se me informa nuevamente que en caso de alguna complicación consulte con mi médico.
11. 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.

Firmado y Conforme Cliente
(se adjunta fotocopia del D.N.I.)

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

Fecha: __ / __ / ____