

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SOMETERSE A TÉCNICAS DE ARTE CORPORAL (TATUAJE, MICROPIGMENTACIÓN, PERFORACIÓN CUTÁNEA Y OTRAS SIMILARES), según establece la Orden SAN/1/2007, de 4 de enero (Boletín Oficial de Cantabria del 17), por la que se regula este documento, previsto en el Decreto 72/2006, de 15 de junio (BOC del 26), por el que se regulan las condiciones higiénico-sanitarias de los establecimientos donde se realizan estas prácticas.

**A) DATOS DE IDENTIFICACIÓN:**

***Establecimiento:***

Nombre o razón social: \_\_\_\_\_  
Domicilio completo: \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_  
C.I.F. \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Número de Registro de Sanidad: \_\_\_\_\_ Fecha de autorización: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

***Aplicador:***

Nombre y dos apellidos: \_\_\_\_\_  
Titulación académica o categoría profesional: \_\_\_\_\_  
D.N.I. \_\_\_\_\_

***Cliente:***

Nombre y dos apellidos: \_\_\_\_\_  
D.N.I. \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Domicilio completo: \_\_\_\_\_  
CP \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

***Representante legal:***

**(Cumplimentar en el supuesto de menores de edad e incapacitados)**

Nombre y dos apellidos: \_\_\_\_\_  
D.N.I. \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Domicilio completo: \_\_\_\_\_  
CP \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**B) TÉCNICA CONCRETA QUE SE VA A APLICAR:**

Denominación genérica: \_\_\_\_\_  
Localización anatómica: \_\_\_\_\_

**C) CARACTERÍSTICAS DE LA APLICACIÓN A REALIZAR Y MATERIALES QUE SE VAN A USAR:**

--

**D) DURACIÓN EN EL TIEMPO:**

--

**E) INFORMACIÓN SOBRE LAS POSIBILIDADES DE ELIMINACIÓN DE LA TÉCNICA DE ARTE CORPORAL APLICADA:**

--

**F) MEDIDAS HIGIÉNICAS QUE SE ADOPTARÁN PARA PROTEGER LA SALUD DEL CLIENTE:**

- Empleo de material de un solo uso o estéril.
- Desprecintado de todo el material en presencia del cliente.
- Limpieza y desinfección del área de trabajo y la zona anatómica sobre la que se va a actuar.
- Desechado del material sobrante en presencia del cliente.
- Uso de guantes de un solo uso.
- Uso de bata, mascarilla u otras medidas de protección específicos y limpios.
- 

**G) MEDIDAS A SEGUIR EN LOS DÍAS PREVIOS A LA INTERVENCIÓN:**

- No se deben tomar fármacos antiagregantes, como la aspirina.
- No se deben tomar fármacos anticoagulantes ni vasodilatadores.
- No ingerir alcohol.
- No exponer al sol ni rayos UVA la zona de aplicación.
- 

**H) MEDIDAS A SEGUIR EN LA ZONA TRAS LA APLICACIÓN:**

- Hacer la higiene diaria con suero fisiológico (aplicado con una gasa estéril).
- Aplicarle frío seco (los dos primeros días, máximo unos 5 minutos).
- Mantenerla seca.
- No agredirla, no rascarla, ni frotarla ni realizar tratamientos faciales.
- Evitar cosméticos no específicos: cremas, maquillajes, leches limpiadoras, vaselinas, etc.
- Evitar el sol y los rayos UVA.
- Evitar ir a las saunas, piscinas y playas.
- Antes de la exposición al sol es preciso utilizar protectores solares de pantalla total.
- **Si en los días posteriores a la aplicación apareciese cualquier reacción o alteración hay que consultar al médico.**
- 

**I) POSIBLES COMPLICACIONES Y PRECAUCIONES A SEGUIR TRAS LA APLICACIÓN:**

--

En las técnicas de arte corporal en las que se perfora la epidermis existe el riesgo de transmisión de determinadas enfermedades que se propagan por vía sanguínea: Hepatitis B ó C, VIH, \_\_\_\_\_. Para evitar ese riesgo en este establecimiento aplicamos todas las técnicas que han demostrado ser eficaces y se le han señalado en apartados anteriores.

**J) CONTRAINDICACIONES:**

**Situaciones ante las cuales no es recomendable la aplicación de técnicas de arte corporal de manera temporal:**

- |  |                                |
|--|--------------------------------|
| - Déficit inmunológico, mientras dure el mismo.            | - Cicatrices no estabilizadas. |
| - Intervenciones quirúrgicas.                              | - Quemaduras recientes.        |
| - Quimioterapia o radioterapia.                            | - Úlceras.                     |
| - Infección local o general por bacterias, hongos o virus. | - Hematomas.                   |
|  | -                              |

**Situaciones ante las cuales no es recomendable la aplicación de técnicas de arte corporal si no es bajo supervisión médica:**

- |                      |  |
|----------------------|--|
| - Diabetes.          | - Portadores de hepatitis B y C.         |
| - Hemofilia.         | - Inmunodeprimidos.                      |
| - Cardiopatías.      | - Prótesis (valvulares, ortopédicas,...) |
| - Portadores de VIH. | -  |

**Situaciones ante las cuales no es recomendable la aplicación de técnicas de arte corporal bajo ninguna circunstancia:**

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| - Reacciones alérgicas a los productos utilizados.   |                          |
| - Padecimientos de la piel en la zona de aplicación: |                          |
| o Pecas y lunares.                                   | o Urticaria.             |
| o Queloides.   | o Cloasma.               |
| o Angiomas engrosados.                               | o Cáncer de piel.        |
| o Verrugas.  | o Ombligos protruyentes. |
| o Melanomas.   | o                        |
| o Impétigo. Psoriasis.                               |                          |

**K) PRESUPUESTO PREVIO Y COSTE DEL SERVICIO**

El cliente admite haber sido suficientemente informado, por escrito y oralmente, sobre todos los apartados establecidos en el presente documento y hace manifestación expresa de su conformidad para que le sea aplicada la técnica de arte corporal que se reseña en el mismo. Y, como prueba del mismo firma el presente documento en presencia del aplicador, cuya firma de compromiso se acompaña

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

EL APLICADOR	EL _____ (1)
--------------	--------------

Firmado: _____	Firmado: _____
-------------------	-------------------

(1) Cliente, padre, madre o tutor, según proceda a la vista de lo establecido en el artículo 12 del Decreto 72/2006, de 15 de junio, por el que se regulan las condiciones higiénico-sanitarias de los establecimientos donde se realizan prácticas de tatuaje, micropigmentación, perforación cutánea y otras técnicas similares de arte corporal, sobre protección del menor y del incapacitado.

<b>ACREDITACIÓN DEL GRADO DE MADUREZ PARA EL SUPUESTO DE MENOR DE EDAD O INCAPACITADO:</b>	
<p>_____, con DNI/Pasaporte _____ como (2) _____ de _____, cuyo grado de parentesco o responsabilidad acredito mediante _____, considero que mi _____ tiene la madurez mental suficiente para someterse a la prueba de arte corporal especificada en este documento. Y, como prueba de este reconocimiento firmo la presente, en presencia del aplicador, cuya firma acompaña.</p> <p style="text-align: center;">En _____ a _____ de _____ de _____</p>	
<p><i>EL APLICADOR</i></p> <p style="text-align: center;">Firmado: _____</p>	<p><i>EL/LA _____ (2)</i></p> <p style="text-align: center;">Firmado: _____</p>

(2) Padre, madre o tutor, según proceda a la vista de lo establecido en el artículo 12 del Decreto 72/2006, de 15 de junio, por el que se regulan las condiciones higiénico-sanitarias de los establecimientos donde se realizan prácticas de tatuaje, micropigmentación, perforación cutánea y otras técnicas similares de arte corporal, sobre protección del menor y del incapacitado