



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TATTOO

Nombre y apellido del aplicador DNI

Datos identificativos de la persona usuaria

Yo, con años de edad, me considero responsable de realizarme un en mi cuerpo.

Declaro que el centro me ha informado de forma clara y comprensible de las indicaciones y contraindicaciones que conlleva realizarse un tattoo/piercing y en ningún momento he sido presionado por el centro. Lo realizo de forma voluntaria y sin estar bajo el efecto de ninguna droga ni alcohol. Que no padezco ninguna enfermedad ni estoy siguiendo ningún tratamiento médico de las abajo indicadas que desaconseje la realización del servicio solicitado y que firmo la presente declaración en pleno uso de mis facultades.

Indíquenos si padece o ha padecido enfermedades: cardíacas, pulmonares, crisis epilépticas, de piel, diabetes, tratamientos para la coagulación, es portador de marcapasos, está embarazada, es portador VIH, inmunodeprimidos, hepatitis B y C, alergia a pigmentos u otros tratamientos que debamos saber:

.... No

.... Sí ¿Cual?

.....
Firma y DNI del interesado:

Consentimiento informado correspondiente a menores de edad o personas incapacitadas

Don con DNI, acredita que el menor presenta la madurez suficiente para someterse a la practica del tattoo/piercing por lo que autorizo a realizarse dicha técnica después de haber sido informado también.

.....
Firma padre, madre o tutor legal

