

## CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Les recordamos que para la realización del tatuaje/piercing es imprescindible la presentación del D.N.I o pasaporte. Los menores de edad deberán venir acompañados de padre, madre o tutor legal.

### DATOS DEL CLIENTE:

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_

Nº D.N.I o Pasaporte \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Domicilio completo \_\_\_\_\_

C.P. \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_

Nº de Teléfono \_\_\_\_\_ e.mail \_\_\_\_\_

### AUTORIZACIÓN DE MENORES

D./Dña \_\_\_\_\_

Como padre/madre/tutor con D.N.I o Nº de Pasaporte \_\_\_\_\_

Autoriza a \_\_\_\_\_

menor de edad, con fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

con D.N.I o Pasaporte \_\_\_\_\_

a la realización de un tatuaje/piercing en el estudio CUSTOMIZARTE.  
Responsabilizándose de todos y cada uno de los daños y perjuicios que el autorizado/a pueda causar a terceras personas y a sí mismos/a. Aceptando por lo tanto, todas las responsabilidades que pudieran derivarse de esta práctica y renunciando a toda reclamación por los daños y perjuicios que por ésta causa pudiera sufrir el autorizado/a.

Técnica concreta que se va a aplicar (marque con una X)

Denominación genérica: Tatuaje  Piercing  Láser

Localización anatómica \_\_\_\_\_

Referencia de las tintas utilizadas en la realización del tatuaje (cumplimenta el tatuador)

\_\_\_\_\_

El tatuaje es una práctica de carácter irreversible, la eliminación del mismo se realiza mediante tratamiento con láser

## EL TATUAJE INCLUYE

- Desinfección de la zona
- Guantes estériles y de un solo uso
- Aguja estéril y desechable
- Herramienta estéril y empaquetada
- Pigmentos homologados

## PRESUPUESTO Y COSTE PREVIO DEL SERVICIO

Si padeces alergia a algún metal, eres enfermo del corazón, padeces trastorno de la coagulación de la sangre, presentas una disminución de tu capacidad de defenderte de las infecciones por alteración de tu sistema inmunológico o cualquier otra condición que pudiese afectar al proceso de cicatrización, aconsejamos que consulten con su médico antes de ser realizada la práctica.

## TEST PREVIO (MARQUE CON UNA X)

¿Has ingerido alimentos en las últimas 4 horas?	SÍ	NO
¿Has ingerido bebidas alcohólicas o drogas en las últimas 24 horas?	SÍ	NO
¿Tiene alguna enfermedad o infección sanguínea?	SÍ	NO
¿Padece de problemas cardíacos?	SÍ	NO
¿Es diabético/a? ¿Qué tipo de diabetes?	SÍ	NO
¿Tiene alguna herida abierta o cicatrizando?	SÍ	NO
¿Ha estado enfermo la última semana?	SÍ	NO
¿Está tomando algún tipo de medicamento actualmente? ¿Cual?	SÍ	NO
<hr/>		
¿Tiene algún problema del sistema inmune?	SÍ	NO
¿Está embarazada o dando el pecho?	SÍ	NO
¿Ha estado fuera de Europa los últimos dos meses?	SÍ	NO
¿Tiene pensado viajar el próximo mes?	SÍ	NO
¿Tienes tendencia a desmayarte?	SÍ	NO
¿Tiene alergias?	SÍ	NO

Observaciones:

---

Estoy conforme con las medidas de higiene y la atención recibida en CUSTOMIZARTE, al igual que con los materiales que emplean. Entiendo que el tatuaje o piercing se realizará con el instrumental y técnica adecuada.

Para asegurar una cicatrización apropiada, acepto seguir las recomendaciones que me han sido explicadas y entregadas de manera clara y precisa al igual que los pasos posteriores a seguir para evitar cualquier complicación.

Soy consciente que nadie en CUSTOMIZARTE, actúa con la capacidad de un médico y todas las SUGERENCIAS, son únicamente indicaciones. Por lo tanto, me comprometo, en caso de infección, reacción alérgica o cualquier otro tipo de complicación acudiré a un médico profesional lo antes posible.

Manifiesto decir la verdad, que todos los datos ofrecidos son verdaderos. Así mismo, asumo la responsabilidad que resulte en caso de negligencia o falsificación de información al suscrito y su persona.

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 reseña en el mismo. Y como prueba de ello firma el presente documento en presencia del aplicador, cuya firma de compromiso se acompaña.

<b>APLICADOR:</b>	<b>CLIENTE:</b>
Nombre y apellidos: _____	Nombre y apellidos: _____
Nº D.N.I _____	Nº D.N.I _____
Firma y fecha:	Firma y fecha:

## CONTACTO:

- DIRECCIÓN: Calle Iglesia N1, Local 2
- CP.: 28220 Majadahonda MADRID
- TELÉFONO: +34 640 387 047
- CORREO: [info@customizarte.es](mailto:info@customizarte.es)
- [www.customizarte.es](http://www.customizarte.es)

**CUSTOMIZARTE TATTOO.**

---