

## CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS PREVIAS A LA MICROPIGMENTACIÓN

1. Yo, ....., mayor de edad, con DNI. nº..... como cliente o (en el caso que corresponda) como representante legal del cliente menor de edad /incapacitado ..... con DNI. nº..... en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, acepto/autorizo la realización del protocolo previo de un tratamiento de micropigmentación: (visajismo, test de sensibilidad, elección de color y fotografías).

2. La zona elegida para el tratamiento de micropigmentación es: .....

3. Se me informa que se van a utilizar productos y accesorios desechables, que tras el test de sensibilidad serán desechados en mi presencia.

4. Se me ha realizado un test de sensibilidad (prueba alérgica) con pigmentos autorizados por el Ministerio de Sanidad español:

Marca ..... y descripción del pigmento..... N° de lote ..... Aplicador..... N° de lote.....  
Marca..... y descripción del pigmento..... N° de lote ..... Aplicador..... N° de lote.....

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

6. El técnico especialista me ha realizado una prueba de visajismo (diseño) que he comprobado, teniendo en cuenta mis características morfológicas y personales, siendo la forma y la posición del diseño de mi agrado.

7. Se me ha realizado, previamente al tratamiento, una fotografía de la zona y otra del diseño.

8. He seleccionado previamente el color, intensidad y forma del diseño y he consensuado los mismos con el técnico especialista.

9. Se me ha informado de las contraindicaciones y los 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 de que el presupuesto global del tratamiento es de ..... €, que incluye la prueba de sensibilidad, la sesión del tratamiento y el primer retoque, el cual he de realizármelo obligatoriamente entre los 30 y 60 días posteriores a la sesión del tratamiento.

11. Que de dicho presupuesto, he abonado en el día de la fecha la cantidad de.....€ en concepto de «Prueba de sensibilidad». Este importe será descontado del presupuesto global, de forma que el día del tratamiento abonaré la cantidad de .....€. El importe de la «Prueba 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.

En ..... a ..... de ..... de 200 .....

Firma: Cliente

Adjunta fotocopia del DNI. SÍ  NO

Firma: Representante legal del menor o incapacitado

Adjunta fotocopia del DNI. SÍ  NO