

**CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO DE 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, autorizo al técnico especialista: ..... para la realización del tratamiento de micropigmentación de .....el día.....

2. 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, una cosmética no apropiada, cuidados no adecuados y otras particularidades; en consecuencia, acepto el tratamiento de micropigmentación voluntariamente.

3. He revisado con el técnico especialista todos mis datos, así como mi estudio de visajismo efectuado el día.....

4. El técnico especialista me ha realizado un visajismo (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.

5. Descripción de los pigmentos: Color..... Nº de lote: ..... Aplicador ..... Nº de lote.....  
Color: ..... Nº de lote: ..... Aplicador ..... Nº de lote.....  
Color: ..... Nº de lote: ..... Aplicador ..... Nº de lote.....  
El tono final seleccionado es de mi agrado.

6. 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.

7. Yo,..... , reconozco las siguientes particularidades que, en mi caso, el tratamiento de micropigmentación tiene y que expongo a continuación:  
.....  
.....

8. 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 el caso de alguna complicación consulte a mi médico.

9. Se me informa que este consentimiento lo podré revocar en cualquier momento sin necesidad de expresar motivación alguna.

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

En                    a                    de 200 .

Firma: Cliente

Adjunta fotocopia del DNI: SÍ  NO

Firma: Representante legal del menor o incapacitado

Adjunta fotocopia del DNI: SÍ  NO