

CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO DE MICROPIGMENTACION

La siguiente información y consentimiento, el cual deberá firmar antes de realizar el procedimiento, aplica para todos los procesos de micropigmentación realizados en nuestra empresa (Cejas, Labios, Líneas de Ojos, Tricopigmentación, entre otros).

Previamente, indique si usted sufre o padece alguna de las siguientes enfermedades o condiciones físicas o de salud, bajo las cuales no es recomendable la aplicación de técnicas de arte corporal de manera temporal o bajo supervisión médica.

(Marque con una X todas las que correspondan a su caso).

Déficit inmunológico_____

Herpes _____

Hematomas_____

Intervenciones quirúrgicas recientes _____

Quimioterapia o radioterapia _____

Infección local o general por bacterias, hongos o virus_____

Quemaduras recientes_____

Ácido Hialurónico_____

Diabetes_____

Prótesis_____

Hemofilia_____

Cardiopatías_____

Portador de VIH _____

Portador de hepatitis B ó C_____

Embarazo_____

Botox_____

1. Yo, _____ mayor de edad, con CC: _____ como _____ representante legal del cliente menor de edad _____ en pleno uso de mis facultades, libres y voluntariamente, autorizo a el / la especialista: _____ para la realización del procedimiento de micropigmentación el día _____ del mes _____ del año _____.

2. Se me informa previamente 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. Entiendo que, existe una variabilidad individual en la respuesta a cualquier tratamiento y comprendo que a pesar de la adecuada elección del tratamiento y de su correcta realización pueden presentarse efectos no deseados, como hinchazón, enrojecimiento, escozor, descamación, y ampollas en los días posteriores. Sin embargo, todos esos efectos son leves y pocos duraderos.

4. He revisado con el /la especialista y aprobado el diseño de mis cejas realizado antes de iniciar con el procedimiento de micropigmentación estando conforme con el mismo, tanto con el color y su intensidad, forma, altura y grosor.

5. He recibido información en la cita 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 y acepto bajo mi responsabilidad realizarme el procedimiento aún así haya confirmado padecer o tener alguna o varias condiciones físicas o de salud informadas en la primera parte de este documento.

6. Reconozco las siguientes particularidades que, en mi caso, el tratamiento de micropigmentación tiene y que expongo a continuación:

_____ **TENGO UN PROCEDIMIENTO ANTERIOR DE CEJAS O LABIOS** (micropigmentación o tatuaje) Soy consciente de que tengo uno o varios procedimientos anteriores los cuales harán que el resultado de mi nuevo procedimiento de camuflaje sea mucho más lento. Se me informa previamente que por lo tanto debo asistir a 2 ó 3 sesiones de retoque como mínimo (lo que sea recomendado por el/la especialista) para que el resultado sea el esperado y que debo cancelar el costo total determinado para cada una de las sesiones. Además, estoy de acuerdo que, de no asistir a la totalidad de estas sesiones de retoque, es posible que esto implique la insatisfacción con el resultado del procedimiento y que YL Visage Bucaramanga no responderá con garantías por no cumplir con lo aquí recomendado.

_____ **MIS CEJAS O LABIOS SON NATURALES** (No tengo procedimientos anteriores) A pesar de que mis cejas o labios son naturales, soy consciente de que la respuesta al procedimiento es diferente para cada persona, y que el resultado obtenido después de la cicatrización puede verse afectado por mi tipo de piel, intensidad del color, absorción del pigmento, post cuidados, entre otros. Se me informa previamente que por lo tanto debo asistir a 1 ó 2 sesiones de retoque como mínimo (lo que sea recomendado por el/la especialista) para que el resultado sea el esperado y que debo cancelar el costo total determinado para cada una de las sesiones. Además, estoy de acuerdo que, de no asistir a la totalidad de estas sesiones de retoque, es posible que esto implique la insatisfacción con el resultado del procedimiento y que YL Visage Bucaramanga no responderá con garantías por no cumplir con lo aquí recomendado.

OTRAS OBSERVACIONES _____

7. Asumo como míos los problemas derivados de un cuidado post tratamiento de micropigmentación no adecuado. Como consecuencia de las particularidades de mi caso, eximiendo a el/la Especialista de los inconvenientes que puedan surgir. Se me informa que en el caso de alguna complicación consulte a mi médico.

8. Se me advierte que después de la micropigmentación necesito que la zona este siempre limpia, hidratada y desinfectada. El especialista le recomendará el producto que se deberá aplicar. Así como me advierte de la no exposición directa a la luz solar o rayos U.V.A. hasta que el técnico lo considere oportuno o hasta que la herida esté completamente cicatrizada. En caso de exposición solar deberá cubrir toda la zona con productos de pantalla total. No se puede hacer ningún tratamiento despigmentante, peeling, glicólico o tratamiento facial durante el periodo de cicatrización.

9. Acepto la recolección de mis datos y uso de ellos, solo con fines informativos y labores comerciales de la empresa. Además, la divulgación de las fotos y filmaciones pre y post tratamiento con fines de realizar seguimiento del procedimiento y/o como herramienta de promoción e información de nuestras redes sociales y canales de difusión o fines académicos.

10. Se me informa que este consentimiento lo podré revocar en cualquier momento si no he iniciado el procedimiento, sin necesidad de justificación alguna.

11. Afirmo que he comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

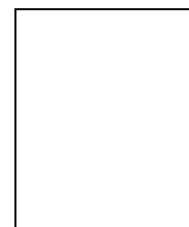
Especialista que le realizó el procedimiento: _____

Fecha: _____

Ciudad: _____

Firma cliente: _____

Representación legal del menor de edad: _____



HUELLA