

Ficha y autorización de cliente.

DATOS CLIENTE

Nombre:

Teléfonos:

CC: _____ Fecha Nacimiento: _____

Precio del tratamiento: _____ Precio del repaso: _____

TRATAMIENTO REALIZADOS

Fecha: _____ Zona: _____ Técnica: _____ Color: _____ Aguja: _____

RETOQUE:

Fecha: _____ Zona: _____ Técnica: _____ Color: _____ Aguja: _____

RETOQUE:

Fecha: _____ Zona: _____ Técnica: _____ Color: _____ Aguja: _____

RETOQUE:

OBSERVACIONES:

ANTERIOR MICROBLADING:

HISTORIAL MÉDICO:

Prueba de alergia al pigmento realizada el _____ lugar _____

¿Alergia a algún cosmético o medicamento?

¿Toma algún medicamento?

¿Está en el momento de la microblading con la menstruación? (Mayor sensibilidad)

¿Es diabética? (Altera la cicatrización)

¿Padece hepatitis o sida?

¿Toma antibióticos? (Ojo pues provocan debilidad inmunológica, si toma cortisona no se le hará)

¿Padece cardiopatías? (sangrará más, evitar tomar anticoagulantes 24 horas antes del tratamiento)

¿Es propensa a los herpes en la zona a micro pigmentar? (Tratarse una semana antes para poder trabajar en una piel sana pues el virus está en la sangre y posibilita la infección perdiéndose el pigmento y el diseño)

¿Está recibiendo tratamiento psicológico o psiquiátrico?

¿Tiene cicatrices en la zona a tratar? (Esperar mínimo un año para que se regenere la piel)

CONTRAINDICACIONES TEMPORALES:

¿Está embarazada? (No se hará)

¿Tiene infiltraciones de colágeno, silicona, etc., en labios? (Esperar 1 mes si es fijo, si es reabsorbible esperar 6 meses)

Operaciones de cirugía estética facial esperar de 6 a 12 meses para micro pigmentar.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE UN TRABAJO DE MICROBLADING

Yo Sr(a). _____

Con CC Nº _____ y fecha nacimiento _____

Autorizo a la técnico en microblading

Zona de _____ en fecha _____

Zona de _____ en fecha _____

Zona de _____ en fecha _____

Reconozco que se me ha informado de este tratamiento y se me han respondido todas las preguntas que me han surgido sobre este tratamiento de microblading.

Asimismo he visto la aparatología y los pigmentos con los que se me va a realizar dicho servicio y estoy conforme tras haberme mostrado que están autorizados por el ministerio de sanidad. Se me informa que todos los suplidos para la realización de la micro pigmentación que se van a utilizar son desechables, los cuales se abren y se desechan en mi presencia.

La técnico especialista me ha realizado un visagismo (diseño) previo al tratamiento, estando conforme con el mismo, tanto el color con la forma.

Eximo de toda responsabilidad a la técnico en microblading _____ y al centro de belleza _____ en caso de surgir algún problema por no haberle informado de algún aspecto del historial clínico.

Autorizo la realización de fotografías del antes y el después de la microblading realizada. La custodia y gestión de dichas fotografías están sujetas a la ley de protección de datos de carácter personal.

Autorizo a dar uso profesional al fotografiado que se me hace del antes y el después donde se requiera, como por ejemplo en páginas web en internet y en redes sociales.

Se me informa que la microblading es una técnica de micro implantación de pigmentos en la piel, cuyos resultados se irán desvaneciendo gradualmente por causas diversas como el tono aplicado, una cosmética o cuidados inapropiados y otras particularidades, en consecuencia, acepto el tratamiento de microblading voluntariamente.

Reconozco que este tratamiento conlleva un proceso de varios retoques y que hasta la finalización del mismo no se puede realizar una valoración del trabajo, es por este motivo que acepto que no se me devuelve el dinero si llegado el caso, por motivos infundados, no estuviera de acuerdo con el trabajo sin haber dejado el tiempo oportuno de finalización del tratamiento.

Declaro que se ha dado una hoja informativa antes de realizarme la microblading, de los cuidados anteriores como medida preventiva, en especial en lo que tiene que ver, con la aparición de herpes y asimismo se me hace entrega de los cuidados posteriores para la pronta regeneración de la piel y asumo seguir los pasos que se me señalan por lo que asumo como míos los problemas derivados de un cuidado post tratamiento de micro pigmentación no adecuado como consecuencia de las particularidades de mi caso, eximiendo a la técnico de los inconvenientes que puedan surgir, así como los problemas que puedan surgir por no haberle informado sobre algún aspecto del historial clínico.

Estoy conforme con el tratamiento y el precio global presupuestado, que incluye prueba de sensibilidad alérgica.

De _____

Y para que conste que estoy conforme y en plenas facultades con todo lo anteriormente expuesto firmo la hoja de consentimiento y reconocimiento en la fecha indicada.

Firma y conforme cliente:

Fecha: