

FICHA DE AUTORIZACIÓN

Nombre y apellido completo:.....

Fecha de nacimiento:.....

DNI:.....

Tel.:

Dirección:

Fecha de aplicación:

Responsable de la aplicación:

Zona del cuerpo donde se realiza la aplicación:

Información de la salud

Problemas cardíacos: SI – NO Especificaciones:

Epilepsia declarada: SI – NO Especificaciones:

Hepatitis: SI – NO Detalles de la misma: A - B – C

Sífilis: SI – NO Observaciones:

Embarazada: SI – NO

Tiene diabetes SI – NO Tipo:

Otras afecciones a la salud:

Observaciones:

ÚLTIMAS 12 HS

Consumo de drogas: SI – NO Observaciones:

Consumo de alcohol: SI – NO Observaciones:

Declaro que he sido informado/a por el tatuador/perforador sobre los riesgos para la salud y complicaciones posteriores que puedan derivarse de la práctica del tatuaje/perforación, así como de los protocolos de obligado cumplimiento de preparación de la zona, materiales a utilizar y posteriores cuidados; y manifiesto que otorgo mi consentimiento para su realización.

Declaro que todos los datos plasmados en este documento son correctos y que **comprendo que el mismo tiene carácter de declaración jurada.**

Este consentimiento tiene la posibilidad de revocarse en cualquier momento, sin expresar motivación alguna, antes de la realización de la práctica, por cualquiera de las partes involucradas. Estos datos se guardarán en fichero, sometido a la Ley de Protección de los Datos de Carácter Personal; y el interesado podrá ejercer sus derechos de acceso a estos datos.

Firma del que autoriza:.....

Aclaración:.....

DNI:.....

Firma del aplicador:.....

