



## Consentimiento informado piercing para menores de edad

### Patricia Laele

Gaviota 53 – Almería.

Datos identificativos de padre/madre/tutor

Yo, \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_  
autorizo al menor abajo representado a la realización de un Piercing.

- Número de piercings a realizar: \_\_\_\_\_

- Nombre de cada piercing a realizar: \_\_\_\_\_

Datos identificativos del menor

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Declaro que el centro me ha informado de forma clara y comprensible de las indicaciones y contraindicaciones que conlleva realizarse un piercing y en ningún momento he sido presionado por el centro.

Que me comprometo a seguir todas las indicaciones en cuanto a cuidados de la perforación para su correcta cicatrización.

Lo realizo de forma voluntaria y sin estar bajo el efecto de ninguna droga ni alcohol. Que no padezco ninguna enfermedad ni estoy siguiendo ningún tratamiento médico de las abajo indicadas que desaconseje la realización del servicio solicitado y que firmo la presente declaración en pleno uso de mis facultades.

Indíquenos si padece o ha padecido enfermedades: cardíacas, pulmonares, crisis epilépticas, de piel, diabetes, tratamientos para la coagulación, es portador de marcapasos, está embarazada, es portador VIH, inmunodeprimidos, hepatitis B y C, alergia a metales u otros tratamientos que debamos saber:

No, Sí ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**Firma padre/madre/tutor:**