

MEMBRETE DEL CENTRO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTOS FACIALES

Yo, Don/Doña Con DNI.....
Domiciliado/a en..... Tfno.....

1. **SOLICITO Y AUTORIZO** AL TÉCNICO D^a..... HA REALIZARME UN TRATAMIENTO FACIAL DE
2. **HE INFORMADO AL TÉCNICO** de mi historial médico, la no ingesta de ningún medicamento actualmente, y que no tengo ninguna alergia detectada
3. **CONFIRMO** que se me ha explicado detalladamente con palabras comprensibles por mí, el efecto y la naturaleza del tratamiento a realizar.
4. EL TRATAMIENTO FACIALconsiste en los siguientes pasos y utilización de la marca”.....”
 - A)
 - B)
 - C)
 - D)
 - E)
 - F)
5. Con este servicio es para mejorar y satisfacer las expectativas de la clienta en cuanto a su rostro.

Si en algún caso mi estado actual se modificase, lo pondré en conocimiento de la técnico que me aplica el tratamiento para que tomase las medidas oportunas.

He contestado a las preguntas que libremente me han formulado acerca de todo el procedimiento, por lo que firmo el presente consentimiento.

Firma y fecha

Si es menor de 18 años firma presencial del tutor y fecha. DNI

He sido informado por el Centro que los datos de este consentimiento serán incorporados y tratados en el fichero de CLIENTES, cuya finalidad es informativa para los profesionales del centro y que está registrado en la Agencia Española de Protección de Datos, según el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre; estos datos no podrán ser cedidos a ninguna empresa y podré revocar su inclusión en el citado fichero en el momento que lo desee, dirigiéndome a la dirección arriba indicada