

<b>FARMACIA O.F.</b>	<b>FICHA DE CLIENTE</b>	Modelo M-PdP.02 Página 1 de 2 Rev.: 0
--------------------------	-------------------------	---

**FICHA DE CLIENTE:**

**DATOS DEL CLIENTE**

<b>Nombre y Apellidos</b>		<b>Fecha nacimiento</b>
<b>Dirección</b>		<b>DNI</b>
<b>Localidad</b>	<b>C.P.</b>	<b>Teléfonos</b>
<b>Correo electrónico</b>		<b>Población</b>

**DATOS DEL TUTOR LEGAL** (cumplimentar en caso de un menor de edad)

<b>Nombre y Apellidos</b>		<b>Fecha nacimiento</b>
<b>Dirección</b> (no cumplimentar si es igual que la del menor)		<b>DNI</b>
<b>Localidad</b>	<b>C.P.</b>	<b>Teléfonos</b>
<b>Correo electrónico</b>		<b>Población</b>

**INFORMACIÓN DE LA ACTIVIDAD**

<b>Tipo de aplicación</b>	<b>Fecha</b>
<b>Responsable de la aplicación</b>	
<b>Zona del cuerpo donde se lleva a cabo</b> (oreja izquierda, derecha...)	
<b>Identificación de los productos utilizados en la aplicación</b>	

El cliente (o su tutor legal) manifiesta que ha recibido información sobre los riesgos que conlleva esta práctica (Ver reverso), así como instrucciones por escrito sobre los cuidados para una correcta cicatrización, junto con la advertencia de que en caso de complicaciones consulten con su médico, y otorga su consentimiento para la aplicación.

En....., a ..... de ..... de .....

Firmado

Guárdese al menos 1 año desde la fecha de aplicación.

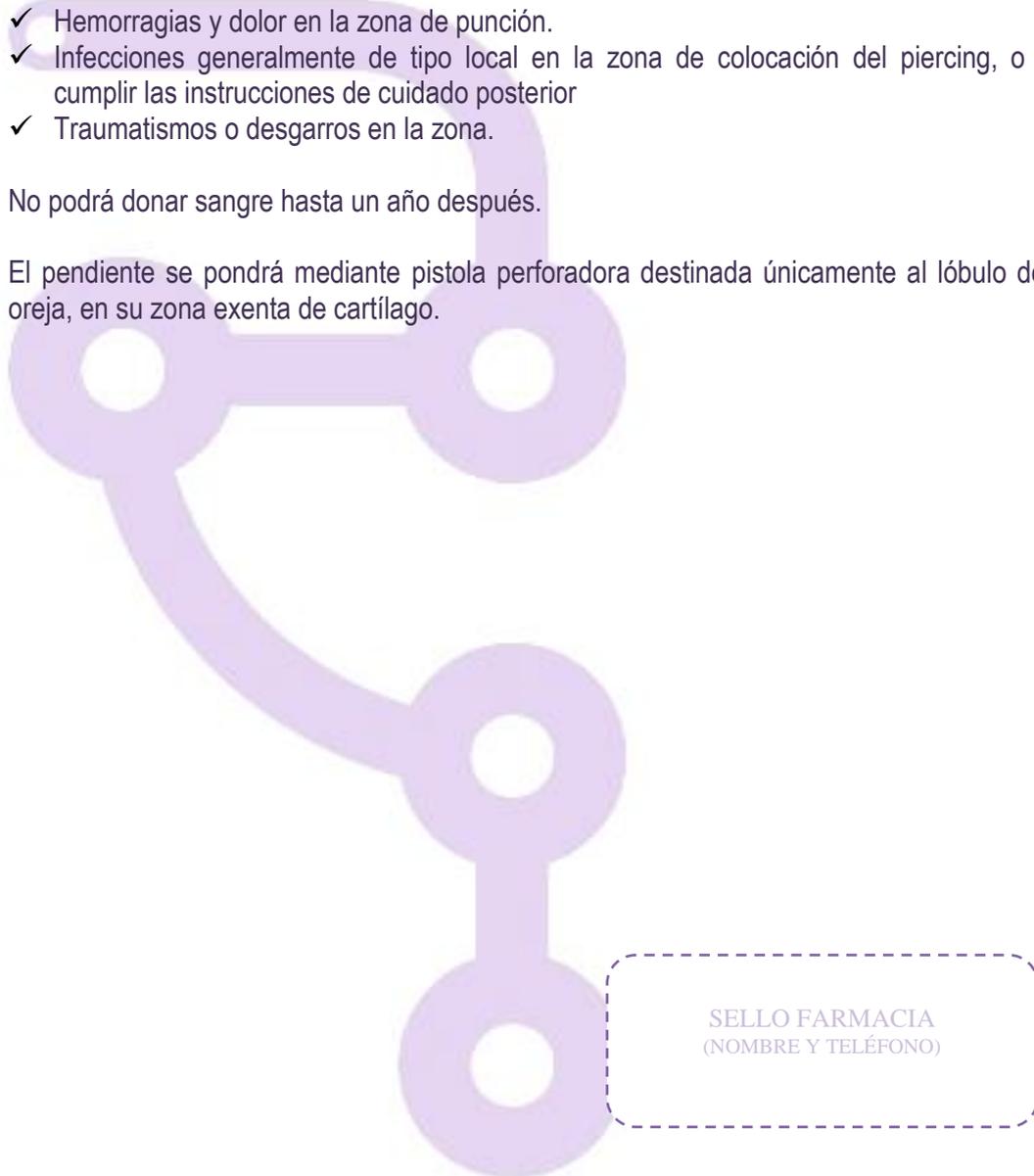
A CUMPLIMENTAR POR EL PACIENTE O SU TUTOR LEGAL

A CUMPLIMENTAR POR LA FARMACIA

<b>FARMACIA O.F.</b>	<b>FICHA DE CLIENTE</b>	Modelo M-PdP.02 Página 2 de 2 Rev.: 0
--------------------------	-------------------------	---

Debe tener en cuenta:

- Entre otros, los posibles riesgos que conlleva esta práctica son:
  - ✓ Alergias a los materiales utilizados, pese a ser hipoalergénicos.
  - ✓ Cicatrices en caso de no conformidad con el resultado final.
  - ✓ Hemorragias y dolor en la zona de punción.
  - ✓ Infecciones generalmente de tipo local en la zona de colocación del piercing, o por cumplir las instrucciones de cuidado posterior
  - ✓ Traumatismos o desgarros en la zona.
- No podrá donar sangre hasta un año después.
- El pendiente se pondrá mediante pistola perforadora destinada únicamente al lóbulo de la oreja, en su zona exenta de cartílago.



En cumplimiento de la LO 15/1999 de Protección de Datos y Reglamento (UE) 2016/679 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos le informamos que sus datos pasarán a formar parte la bdd titularidad de la farmacia cuyos datos constan en el presente, cuya finalidad es la derivada de practica de piercing que ha solicitado, así como la gestión de tipo administrativa implícita. El interesado podrá acceder, rectificar y suprimir los datos, así como limitar su tratamiento o solicitar la portabilidad a otro responsable, mediante escrito, acompañado de fotocopia de DNI, dirigido al titular de la farmacia, con domicilio profesional donde consta en el presente. puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en el plan de seguridad a su disposición en este establecimiento.