

AUTORIZACIÓN PARA LA PERFORACIÓN DEL LÓBULO DE LA OREJA

DATOS DE LA FARMACIA

Nombre de la Farmacia: _____

Nombre y apellidos del aplicador: _____

Titular de la farmacia: _____

DNI: _____

Dirección: _____

CP: _____ Población: _____

Teléfono: _____ Mail: _____

DATOS DEL CLIENTE

Fecha de Nacimiento :_____

Nombre y apellidos: _____

DNI: _____

Dirección: _____ CP: _____

Población: _____ Teléfono: _____ Mail: _____

Si es Menor de 18 años por favor rellene los datos de padre / madre / representante legal. Fecha de Nacimiento: _____ Nombre y apellidos: _____ DNI: _____

Dirección: _____ CP: _____

Población: _____ Teléfono: _____ Mail: _____

Adjuntar fotocopia del DNI del usuario si este es mayor de edad y del padre / Madre / Tutor, si el usuario es menor de edad.

MEDIDAS HIGIÉNICAS QUE SE ADOPTARÁN PARA PROTEGER LA SALUD DEL CLIENTE

- Apertura de la cápsula KOMMO esterilizada en presencia del cliente.
- Limpieza y desinfección del lóbulo de la oreja para proceder a la perforación.
- Desechado del material sobrante en presencia del cliente.
- Uso de guantes de un solo uso.

- Uso de bata, mascarilla u otras medidas de protección específicos y limpios.

- Entrega de la hoja "Consejos para el paciente KOMMO".

El cliente admite haber sido suficientemente informado, por escrito y oralmente, sobre todos los apartados establecidos en el presente documento y hace manifestación expresa de su conformidad para que le sea aplicada la técnica de perforación del lóbulo de la oreja que se reseña en el mismo. Y, como prueba del mismo firma el presente documento en presencia del aplicador, cuya firma de compromiso se acompaña

En _____ a ____ de _____ de _____

EL APlicADOR Y SELLO FARMACIA : EL/LA _____

- Entregar una copia de esta autorización al cliente ya sea física o mediante mail.