

## SECRETARIA DE SALUD

**AVISO por el que se da a conocer el cuestionario, la carta de aceptación y la autorización de quien ejerza la patria potestad o tutor en el caso de menores de dieciocho años, que deberán aplicar los tatuadores, micropigmentadores o perforadores, previo a la realización de los procedimientos de tatuajes, micropigmentaciones o perforaciones.**

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.

MIKEL ANDONI ARRIOLA PEÑALOSA, Comisionado Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, con fundamento en los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 17 Bis fracción XIII y 268 Bis-1 de la Ley General de Salud; 224 Bis 3, 224 Bis 4 y 224 Bis 5 del Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios; 5 y 10 fracciones VIII y XXV del Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, y

### CONSIDERANDO

Que la Ley Federal de Procedimiento Administrativo establece las bases para llevar a cabo la mejora regulatoria sistemática de los trámites que aplica la Administración Pública Federal;

Que el 24 de abril de 2012, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Decreto por el que se reforma y adicionan diversas disposiciones del Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios, en el cual se estableció el Título Vigésimo Quinto Bis Tatuajes, Micropigmentaciones y Perforaciones;

Que el artículo 224 Bis 3 del Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios señala que los tatuadores, micropigmentadores y perforadores, previo a la realización del procedimiento deberán aplicar al usuario un cuestionario a efecto de verificar que el estado de salud sea óptimo;

Que el artículo 224 Bis 4 del Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios señala que previamente a la ejecución de un tatuaje, micropigmentación o perforación, los tatuadores, micropigmentadores o perforadores, proporcionarán a los usuarios información clara, completa y precisa respecto del procedimiento y una vez recibida la información correspondiente, los usuarios manifestarán su consentimiento firmando la carta de aceptación respectiva;

Que el artículo 224 Bis 5 del Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios señala que los procedimientos de tatuajes, micropigmentaciones o perforaciones, en menores de dieciocho años de edad, sólo podrán ser realizados cuando se cuente con la autorización por escrito de uno de quien ejerza la patria potestad o de su tutor, previa comprobación de ese carácter;

Que a fin de dar cumplimiento a lo dispuesto en el segundo transitorio del Decreto por el que se reforma y adicionan diversas disposiciones del Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios y para dar certeza y seguridad a los particulares respecto del modelo que contenga el cuestionario, el consentimiento informado y la autorización de quien ejerza la patria potestad o tutor en el caso de menores de dieciocho años, que deberán aplicar los tatuadores, micropigmentadores o perforadores, previo a la realización de los procedimientos de tatuajes, micropigmentaciones o perforaciones, he tenido a bien expedir el siguiente

**AVISO POR EL QUE SE DA A CONOCER EL CUESTIONARIO, LA CARTA DE ACEPTACION Y LA AUTORIZACION DE QUIEN EJERZA LA PATRIA POTESTAD O TUTOR EN EL CASO DE MENORES DE DIECIOCHO AÑOS, QUE DEBERAN APLICAR LOS TATUADORES, MICROPIGMENTADORES O PERFORADORES, PREVIO A LA REALIZACION DE LOS PROCEDIMIENTOS DE TATUAJES, MICROPIGMENTACIONES O PERFORACIONES**

**ARTICULO PRIMERO.** Se da a conocer el modelo del cuestionario a que se refiere el artículo 224 Bis 3 del Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios, para quedar como sigue:



**CUESTIONARIO**

Nombre \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Genero Fem \_\_\_\_\_ Masc \_\_\_\_\_

1.- Le han practicado algún tatuaje, perforación o micro pigmentación. ( si) (no)

2.- Le han realizado algún procedimiento dental (endodoncia). (si) (no)

3.-Le han realizado alguna transfusión sanguínea en los últimos seis meses. (si) (no)

4.- Tiene usted antecedentes de enfermedades, como:

Diabetes \_\_\_\_\_ Cicatriz Queloide \_\_\_\_\_ Cáncer \_\_\_\_\_

Hipertensión \_\_\_\_\_ Epilepsia \_\_\_\_\_ Hemofilia \_\_\_\_\_

5.- Tiene usted antecedentes de enfermedades transmisibles como

Hepatitis \_\_\_\_\_ VIH \_\_\_\_\_ Gonorrea \_\_\_\_\_ Sífilis \_\_\_\_\_ Chancro \_\_\_\_\_

6.- Padece usted alguna alergia a sustancias\_\_\_\_, alimentos\_\_\_\_, medicamentos\_\_\_\_, anestésicos\_\_\_\_ u otros.

7.- Actualmente toma usted algún medicamento (si) (no) Cual \_\_\_\_\_

8.- Consume usted alguna droga. (si) (no)

9.- Le han realizado alguna intervención quirúrgica en los últimos seis meses \_\_\_\_\_

10.- Ha tomado alimentos en las últimas 4 horas \_\_\_\_\_

11.- Ha ingerido bebidas alcohólicas en las últimas 8 hrs. \_\_\_\_\_

12.- Esta embarazada o en periodo de lactancia \_\_\_\_\_

Nombre y Firma \_\_\_\_\_

**ARTICULO SEGUNDO.** Se da a conocer el modelo de la carta de aceptación a que se refiere el artículo 224 Bis 4 del Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios, para quedar como sigue:



**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

México D.F. a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ que me identifico con \_\_\_\_\_

y con domicilio en : \_\_\_\_\_

Declaro que me ha sido explicado ampliamente por el C. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ sobre los riesgos de cicatrización, infección, inflamación, intolerancia, sangrado, presencia de secreciones, complicaciones, medidas de aseo, limpieza y cuidados a seguir en caso de que el procedimiento de \_\_\_\_\_ me ocasione alguna manifestación de intolerancia, inflamación, infección que requiera de cambiar, tratar o eliminar, así como las medidas a seguir en caso de infección.

Asimismo y para el caso de los procedimientos de micropigmentación o tatuaje estoy consciente de que los mismos son irreversibles, y en caso de disminuir la percepción de éstos deberá ser mediante prácticas médicas realizadas por profesionales especializados.

Sin perjuicio de los procedimientos que se realizaran declaro tener plena capacidad conciencia y lucidez, para decidir y aceptar el procedimiento de \_\_\_\_\_ bajo mi completa responsabilidad.

Nombre y Firma \_\_\_\_\_

Nombre y Firma \_\_\_\_\_

Nombre y Firma \_\_\_\_\_

**ARTICULO TERCERO.** Se da a conocer el modelo de la autorización en el caso de menores de dieciocho años, a que se refiere la fracción I del artículo 224 Bis 5 del Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios, para quedar como sigue:



**AUTORIZACION**

México D.F. a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

Yo \_\_\_\_\_ quien me identifico con \_\_\_\_\_  
 y con domicilio \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

En mi carácter de \_\_\_\_\_ del menor de edad del cual soy \_\_\_\_\_ y habiendo constatado las condiciones sanitarias del establecimiento, así como las capacidades del personal, autorizo que se le realice el procedimiento de \_\_\_\_\_ teniendo conocimiento pleno de los riesgos y complicaciones, explicadas ampliamente por el C. \_\_\_\_\_.

**Testigo**  
 Nombre y Firma

**Prestador del Servicio.**  
 Nombre y Firma

**Padre o Tutor**  
 Nombre y Firma

**TRANSITORIOS**

**UNICO.-** El presente Aviso entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Dado en la Ciudad de México, a cuatro de septiembre de dos mil doce.- El Comisionado Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, **Mikel Andoni Arriola Peñalosa.**- Rúbrica.