

Documento Consentimiento Informado

El Sr./a _____ provisto de D.N.I. núm. _____ y domicilio en _____ que actúa en nombre propio o (como representante legal) de: _____, **manifiesta:**

Que el podólogo Sr./a _____ con núm. Colegiado _____ en el Colegio de _____, me ha **diagnosticado** de _____ y que las,

OPCIONES DE TRATAMIENTO

Adecuadas a la patología que padezco son las siguientes:

OPCIÓN ESCOGIDA

Es _____

RIESGOS GENERALES MAS GRAVES Y FRECUENTES

Son _____

RIESGOS PERSONALES

En este caso son _____

La información me ha sido facilitada de forma comprensible y mis preguntas han sido contestadas, por lo que autorizo al podólogo Sr./a _____ a que realice la opción de tratamiento escogida.

Firma del paciente
(o representante legal)

Firma del podólogo
Col. Num. _____

En la ciudad de _____ a _____ de _____ de 201