



Consejo General
de Colegios
Oficiales
de Podólogos
de España

Clínica:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ANESTESIA

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL TUTOR (SÍ PROCEDE): _____

Nº D.N.I. DEL PACIENTE (O TUTOR): _____

CON DOMICILIO _____

TELEFONO: _____

HISTORIA CLÍNICA Nº.: _____ DIA: ____/____/____ HORA: ____:____

A.- IDENTIFICACIÓN:

1.- DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL PROCEDIMIENTO:

B.- CONSENTIMIENTO:

Yo manifiesto que por parte del Podólogo, he sido informado de la naturaleza y el propósito de la intervención, los posibles tratamientos alternativos, los riesgos inherentes al procedimiento de ANESTESIA en el pie, así como de las posibles complicaciones que pudieran existir.

Yo comprendo cual es el propósito, riesgos, tratamientos alternativos y posibles complicaciones del procedimiento.

Yo entiendo que el procedimiento de la infiltración es:

Yo autorizo al personal de la clínica a realizar la infiltración que me ha sido explicada anteriormente, que se efectuará con anestesia local, así como para llevar a cabo las modificaciones técnicas, o correcciones de índole diagnóstica y/o terapéutica que se estimen oportunas durante la misma, utilizando el instrumental y material que se considere necesario.

Yo manifiesto haber recibido, tanto oral como por escrito, las instrucciones a seguir durante el postoperatorio, así como las respuestas y aclaraciones oportunas a todas las preguntas por mí planteadas.

Considerando todo lo anterior, firmo la presente autorización

En _____ a _____ de _____ de _____

Fdo.:

El paciente
D./D^a: _____

El Podólogo
D./D^a: _____

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable: Clínica _____

Finalidad: Prestación de asistencia médica solicitada. **Legitimación:** Cumplimiento de una obligación legal, del artículo 9.2. h) del RGPD (UE) 2016/679. **Destinatarios:** Le informamos que sus datos no van a ser cedidos o comunicados a terceros, la empresa es la única responsable para su tratamiento y custodia, excepto a organismos de la Administración Pública y Autoridades competentes en aquellos casos en que nos requieran legalmente o en los casos en que, actuando de buena fe, consideremos que tal acción es razonablemente necesaria para cumplir con un proceso judicial; para contestar cualquier reclamación o demanda jurídica; o para proteger los derechos de la empresa o sus clientes y el público en general. **Derechos:** Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, indicados en la información adicional, que puede ejercer enviando un correo electrónico con copia de NIF a nuestra dirección electrónica. _____@_____ **Procedencia:** El propio interesado o su representante legal.

Información adicional: Puede consultar información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web: _____



Consejo General
de Colegios
Oficiales
de Podólogos
de España

Clínica:

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Con fecha _____ revoco el consentimiento prestado para la realización del procedimiento/tratamiento quirúrgico propuesta.

Fdo.:

El paciente

D./D^a: _____

El Podólogo

D./D^a: _____

Nombre del representante legal en caso de incapacidad de la paciente, con indicación del carácter con el que interviene (esposo, padre, madre, tutor, etc).

Fdo.:

El representante legal:

D./D^a: _____

DNI: _____

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable: Clínica _____

Finalidad: _____

Prestación de asistencia médica solicitada. **Legitimación:** Cumplimiento de una obligación legal, del artículo 9.2. h) del RGPD (UE) 2016/679. **Destinatarios:** Le informamos que sus datos no van a ser cedidos o comunicados a terceros, la empresa es la única responsable para su tratamiento y custodia, excepto a organismos de la Administración Pública y Autoridades competentes en aquellos casos en que nos requieran legalmente o en los casos en que, actuando de buena fe, consideremos que tal acción es razonablemente necesaria para cumplir con un proceso judicial; para contestar cualquier reclamación o demanda jurídica; o para proteger los derechos de la empresa o sus clientes y el público en general. **Derechos:** Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, indicados en la información adicional, que puede ejercer enviando un correo electrónico con copia de NIF a nuestra dirección electrónica. _____@_____ **Procedencia:** El propio interesado o su representante legal.

Información adicional: Puede consultar información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web: _____