



Consejo General
de Colegios
Oficiales
de Podólogos
de España

Clínica:

CONSENTIMIENTO INFORMADO
TRATAMIENTO QUIRURGICO PODOLÓGICO.

D/.D^a _____ con DNI/CIF _____ En caso de ser menor de edad, en calidad de representante, D/D^a _____ con DNI/CIF _____.

DECLARO

Que D./D^a _____ Podólogo Colegiado n.º. _____ del Colegio Oficial de _____, me ha informado y explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al TRATAMIENTO QUIRÚRGICO _____.

El propósito principal de la intervención consiste en:

También doy mi consentimiento para que se me administren anestésicos locales y fármacos convenientes en caso de surgir alguna situación imprevista.
Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada.

He preguntado y me han aclarado todas mis dudas con lenguaje claro y sencillo. Entiendo el tipo de intervención quirúrgica al que voy a someterme, los posibles riesgos derivados de la anestesia y las posibles complicaciones.

Se autoriza igualmente, la fotografía y filmación de la cirugía, usándose estos con fines exclusivamente científicos, siendo mi identidad no revelada.

Y en tales condiciones, **CONSIENTO**

Que se me realice EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO de:

, firmándolo en _____, a ____ de _____ de _____.

Fdo.:

El paciente

D./D^a: _____

DNI: _____

El Podólogo

D./D^a: _____

DNI-CIF: _____

Nº Colegiado: _____

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: _____

DNI: _____

El Podólogo

D./D^a: _____

DNI-CIF: _____

Nº Colegiado: _____

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: _____