Consejo General
de Colegios
Oficiales
de Podólogos
de España

Clínica:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE TRATAMIENTO PODOLÓGICO. LESIÓN DÉRMICA

D./Dª_____
con Nº Hª_____ y DNI_____.

DECLARO

Que D./Dª_____, Podólogo Colegiado Nº_____, me ha informado y explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a un TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA EXTIRPACIÓN DE LESIÓN DÉRMICA EN PLANTA DEL PIE.

El propósito principal de la intervención consiste en eliminar la lesión dérmica y el dolor que produce.

Se me ha informado de la posibilidad de que la lesión se reproduzca tras la intervención.

También doy mi consentimiento para que se me administren anestésicos locales y fármacos convenientes en caso de surgir alguna situación imprevista.

Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica operatoria, como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, edad avanzada, hipertensión, obesidad,...) lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrán requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos.

Las complicaciones de la intervención pueden ser: recidiva de la lesión, adormecimiento de la zona, hematoma, limitación del movimiento, infección de la herida quirúrgica, hemorragia, algodistrofia simpático refleja, trombosis venosa profunda, molestias residuales, complicaciones del proceso anestésico (ulceración de la mucosa, dolor, bajada de tensión, mareo).

Si en algún 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, entendiendo el tipo de intervención quirúrgica a la que voy a someterme, los posibles riesgos derivados de la anestesia, y las posibles complicaciones,

También comprendo que, en cualquier momento previo a la intervención y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Además doy mi consentimiento para que se realicen fotografías y/o vídeos durante la intervención, manteniendo oculta mi identidad y destinado a fines académicos y científicos.

Y en tales condiciones

CONSIENTO

Que se me realice un TRATAMIENTO QUIRÚRGICO para extirpación de lesión dérmica

En_____ , a ____ de _____ de _____.

Fdo.:

El paciente
D./Dª: _____
DNI: _____

El Podólogo
D./Dª: _____
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: _____

Fdo.:

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./Dª: _____
DNI: _____

El Podólogo
D./Dª: _____
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: _____