Consejo General
de Colegios
Oficiales
de Podólogos
de España

Clínica:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PRÁCTICA DE QUIROPODIA O EXPLORACIÓN PODOLÓGICA

Antes de prestarle la atención podológica que usted requiere, por imperativo legal es OBLIGATORIO que usted exprese su autorización por escrito para la realización de la exploración física requerida, por ser una exploración física serán procedimientos realizados por técnicas no invasivas y que NO originan dolor. Así como prestación de tratamiento quiropodológico paliativo, y en caso de ser necesaria otra intervención de mayor entidad se le informará y pedirá otro consentimiento para la realización de la misma.

Los riesgos derivados de la aplicación del tratamiento quiropodológico son:

1. Dolor durante o tras la manipulación
2. Ligero sangrado durante la manipulación.
3. Hematoma en la zona de punción.
4. Irritación en la zona manipulada
5. Infección superficial (se resuelve con limpieza local y antisépticos-antibióticos tópicos)

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Yo D./Dª._____ he leído la hoja de información que me ha entregado D./Dª. _____ podólogo colegiado con Nº_____

He comprendido las explicaciones que seme han facilitado, y el podólogo que me ha atendido ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por ello manifiesto que me considero satisfecho/a con la información recibida y comprendo la indicación y los riesgos de este tratamiento/procedimiento. Y en tales condiciones de la misma forma AUTORIZO la práctica de técnica requerida, así mismo queda implícitamente autorizada la exploración física previa, así como la toma de fotografía o vídeo con fines exclusivamente científicos.

En _____, a ____ de _____ de_____.

Fdo:

Paciente
D./Dª: _____
DNI: _____

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: _____.

Consejo General
de Colegios
Oficiales
de Podólogos
de España

Clínica:

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Con fecha _____ revoco el consentimiento prestado para la realización de quiropodia-exploración podológica.

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: _____.