



Consejo General
de Colegios
Oficiales
de Podólogos
de España

Clínica:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO PODOLÓGICO DE VERRUGA PLANTAR "PAPILOMAS".

Yo, D./D^a. _____ DNI n^o _____ en forma voluntaria, y en pleno uso de mis funciones mentales y de mis derechos, consiento que D./D^a _____, con n^o de colegiado _____ del Colegio de Podólogos de _____, me realice el tratamiento a base de ácido nítrico para el tratamiento de la verruga plantar que presento en el pie, para intentar solucionar los problemas que me han hecho acudir de forma voluntaria a su consulta.

Manifiesto que:

-Primero.- Entiendo que si no informo adecuadamente al podólogo/a de mis antecedentes y con todos los datos necesarios para un buen diagnóstico clínico, se puede ocasionar confusión en el diagnóstico o error en la selección del tratamiento que busca mi bienestar.

-Segundo.- Este tratamiento podológico que se va a pautar consiste en la aplicación de _____

-Tercero.- Entiendo que, como en todos los tratamientos, se pueden presentar complicaciones que podrían requerir tratamientos adicionales además de solicitar pruebas complementarias como radiografías, ecografías, TAC, resonancia, etc., que la aplicación incorrecta, acarrea una quemadura leve sobre la zona en la que se deposita.

-Cuarto.- También me informa que en cualquier momento que presente algún problema con el tratamiento del _____ para la cura de la verruga plantar, me debo poner en contacto telefónico o acudir a la consulta, para que en ese momento pueda ser visto en la consulta.

He visualizado una presentación de diapositivas, donde me explican qué es una verruga plantar, conocido como "papiloma", como se diagnostica, como se trata y qué consecuencias puede acarrear el mal uso del _____.

Con todo lo expuesto anteriormente, estando en perfectas facultades mentales y siendo consciente, doy mi conformidad:

En _____, a _____ de _____ de _____

Fdo.:

El paciente
D./D^a: _____
DNI: _____

El Podólogo
D./D^a: _____
DNI-CIF: _____
N^o 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 aplicación del tratamiento.

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: _____.