Consejo General
de Colegios
Oficiales
de Podólogos
de España

Documento Consentimiento Informado

LASERTERAPIA

Usted tiene derecho a conocer el procedimiento al que va a ser sometido y las complicaciones más frecuentes que ocurren. Este documento intenta explicarle todas estas cuestiones; léalo atentamente y consulte con su Podólogo todas las dudas que se le planteen. Le recordamos que, por imperativo legal, tendrá que firmar, usted o su representante legal, familiar o persona vinculada de hecho, el Consentimiento Informado para que podamos realizarle dicho procedimiento/tratamiento.

PACIENTE:

D./Dña. .....de ..... años de edad, Historia Clínica nº ....., DNI nº..... y con domicilio en: ……

REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO:

D./Dña. ..... de ..... años de edad, con domicilio en ..... DNI nº ....., en calidad de ..... del paciente. (Representante legal, familiar o persona vinculada de hecho).

DECLARO: Que el/la Podólogo/a D./Dña. ....., número de Colegiado/a ....., me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar el procedimiento/tratamiento: **LASERTERAPIA.**

He leído esta información que me han entregado y que se reproduce a continuación.

1.- El objetivo de la **LASERTERAPIA** es una técnica utilizada en podología como tratamiento complementario o principal en diversas patologías del pie, como: fascitis plantar, tendinitis, neuromas, uñas encarnadas, verrugas plantares (papilomas) o dolor crónico o inflamaciones, etc.

2.- El podólogo/a me ha explicado que el tratamiento para …… se realiza mediante la aplicación de un haz de luz (láser de baja intensidad o alta intensidad, según la indicación clínica) sobre la zona afectada con fines analgésicos, antiinflamatorios o de regeneración tisular.

3.- Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos adversos o riesgo como enrojecimiento temporal de la piel, ligero aumento del dolor tras la sesión (reacción normal en algunos casos), quemaduras (muy poco frecuentes), no obtener la mejoría adecuada.

El tratamiento **no está recomendado** en mujeres embarazadas, pacientes con epilepsia, personas con marcapasos o en zonas con sospecha de tumores.

Otros riesgos o complicaciones que pueden aparecer teniendo en cuenta mis circunstancias personales (estado previo de salud, edad, profesión, creencias, etc.) son: ……
……

5.- En mi caso particular, se ha considerado que éste es el tratamiento más adecuado, aunque pueden existir otras alternativas que estarían indicadas en otro caso y que he tenido la oportunidad de comentar con el podólogo.

6.- Autorizo expresamente al Podólogo a grabar o realizar fotografías durante el proceso quirúrgico con fines exclusivamente científicos y preservando la intimidad y el anonimato del paciente.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el Podólogo/a me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado respecto a los fines, alternativas, métodos, ventajas, inconvenientes y pronóstico de la misma, así como de los riesgos y complicaciones que por su situación actual pueden surgir. Si en el momento del tratamiento surgiera algún imprevisto, el Podólogo podría variar la técnica programada. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el Consentimiento que ahora presto. Me considero satisfecho/a con la información recibida y comprendo la indicación y los riesgos de este procedimiento/tratamiento. Y en tales condiciones, libre y voluntariamente,

HE DADO MI CONSENTIMIENTO para que se me realice el procedimiento/tratamiento Fdo. Paciente o representante	**NO CONSIENTO** someterme al procedimiento/ tratamiento indicado Fdo. Paciente o representante

En ……....., a ..... de.....de.....

Fdo. Podólogo/a

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable: D./Dña..... **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

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO, D./Dña. ....., en mi calidad de paciente.

D./Dña. ....., en mi calidad de representante legal, familiar o persona vinculada de hecho, de D./Dña. ....

REVOCO el Consentimiento prestado en fecha ……., y no deseo proseguir el procedimiento/tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En ....., a ..... de ..... de .....

Fdo. Paciente, representante legal, familiar o persona vinculada de hecho