

Documento Consentimiento Informado

PARA LA PRÁCTICA DE QUIROPODIA O EXPLORACIÓN PODOLÓGICA

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.

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.

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: **QUIROPODIA O EXPLORACIÓN PODOLÓGICA.**

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

RIESGOS GENERALES 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 tratada.
4. Irritación en la zona manipulada
5. Infección superficial.
6. Corte o herida.

RIESGOS PERSONALIZADOS, en su caso:

.....
.....
.....
.....
.....



DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Yo D./D^a. he leído y entendido las explicaciones ofrecidas por D./D^a. profesional de la Podología, con número de colegiado

El Profesional de la Podología 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, dicho análisis será asumido por mí, el/la paciente.

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

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

Fdo. Podólogo/a

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable: D./D^a..... **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:

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