



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO A **NO SER INFORMADO**

PARA PROCEDIMIENTO/ TRATAMIENTO

(detallar procedimiento o tratamiento)

Usted tiene derecho a conocer el procedimiento al que va a ser sometido, las complicaciones más frecuentes que ocurren, sus riesgos probables, riesgos personales y contraindicaciones.

Igualmente tiene derecho a **no ser informado**, debiendo quedar constancia documental de su renuncia.

La renuncia del derecho a ser informado no exime de obtener su consentimiento previo para la intervención; por lo que 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 mi derecho a ser informado de la intervención/ tratamiento de, tanto en qué consiste, técnica empleada, complicaciones más frecuentes que ocurren, sus riesgos probables, riesgos personales y contraindicaciones.

Igualmente me ha informado de mi derecho a no ser informado, así como de que por imperativo legal tendré que firmar personalmente o a través de mi representación legal, familiar o persona vinculada de hecho, el Consentimiento Informado para que podamos realizarle dicho procedimiento/tratamiento.

He comprendido el contenido de ambos derechos y con carácter expreso **RENUNCIO** a mí de derecho a ser informado.



REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO NO 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 deseo recibir información del
procedimiento/tratamiento, al que voy a ser, o he sido sometido.

En, a de de

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