



Documento Consentimiento Informado

CIRUGÍA UNGUEAL

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/a 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: **TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ONICOCRIPTOSIS.**

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

- 1.- El objetivo de la técnica es **TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ONICOCRIPTOSIS POR TÉCNICA DE**
- 2.- El/La podólogo/a me ha explicado que el procedimiento requiere la administración de anestesia, de cuyos riesgos me ha informado.
- 3.- El tratamiento consiste en mediante la técnica quirúrgica de
- 4.- Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, como la recidiva, y que pueden ser necesarias otras intervenciones o adoptar otras medidas terapéuticas.

El/La podólogo/a me ha advertido que cabe la posibilidad de que existan o aparezcan complicaciones postoperatorias y que, en caso de que notase cualquier alteración debo consultarle inmediatamente. También me ha advertido el/la podólogo/a que son posibles complicaciones poco frecuentes, que incluyen sangrado, infección de la herida, edema, dolor en la zona de la operación y reacción a los anestésicos empleados, que pueden provocar una reacción alérgica ocasionalmente grave, y que la calidad de la cicatriz depende, además de la técnica de sutura realizada y de los cuidados de la herida, de factores personales, por lo que puede quedar una cicatriz poco estética que requiera posteriores actuaciones, así mismo me ha informado que es posible la aparición de una complicación grave aunque poco frecuente como sería la osteomielitis, necrosis de los tejidos y en muy pocas ocasiones puede desembocar en la amputación del dedo.

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



El/La podólogo/a me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Se harán todas las pruebas y tratamientos necesarios para que los riesgos de la intervención se reduzcan al mínimo.

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/la podólogo/a. También he sido informado de que es poco probable que mi caso se pueda resolver sin intervención quirúrgica y de las posibles consecuencias de no realizar el tratamiento que se me propone.

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

7.- Sé que, tras la extirpación de la pieza operatoria, si fuera necesario será examinada por el Laboratorio de Anatomía Patológica, y que el coste de dicho análisis será asumido por mí, el/la paciente.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el/la 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 mi situación actual pueden surgir. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el/la Podólogo/a podría variar la técnica quirúrgica 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,

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

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:** Le informamos de que podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad y limitación, enviando un correo electrónico, acreditando fehacientemente su identidad a nuestra dirección electrónica: _____ o enviándolo por correo postal a la Sede _____.

Los interesados tienen derecho a reclamar ante la Autoridad de Control y solicitar la tutela de derechos que no hayan sido debidamente atendidos a la Agencia Española de Protección de datos a través de la sede electrónica de su portal web (www.agpd.es), o bien mediante escrito dirigido a su dirección postal (C/Jorge Juan, 6, 28001-Madrid).

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