



## Documento Consentimiento Informado

### PARA LA APLICACIÓN DE TERAPIA QUIRÚRGICA

### PARA EL TRATAMIENTO DE VERRUGAS PLANTARES Y PAPILOMAS

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 VERRUGAS PLANTARES Y PAPILOMAS**, mediante la siguiente  
técnica quirúrgica: .....  
.....

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

#### **PROCEDIMIENTO**

Para este tipo de afecciones dependiendo de la técnica empleada está indicada la extirpación y posterior biopsia. El procedimiento precisa habitualmente de anestesia local, para autorizarla deberá expresarlo por escrito en otro documento similar a este donde se detallan los riesgos potenciales derivados de la técnica anestésica.

#### **CONSECUENCIAS SEGURAS**

Después de la intervención sufrirá dolor en la zona de la herida debida a la cirugía y al proceso de cicatrización, que puede prolongarse durante algunas semanas o meses. Precisaré guardar reposo relativo las primeras 24/48 horas, aunque podrá realizar pequeños paseos, pero no permanecer estancias prolongadas de pie, en caso que la lesión e intervención en cuestión se desarrollen en la planta del pie no deberá apoyar el pie durante al menos 15 días para evitar apertura de la incisión y/o aparición de neuroma intracitricial (atrapamiento de algún nervio en la cicatriz) y de cicatrices.

#### **DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS TÍPICOS**

1. Toda intervención quirúrgica lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían hacer variar la técnica operatoria programada, requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos.
2. Lesión de los vasos adyacentes.
3. Lesión de los nervios adyacentes, que puede condicionar dolor local o adormecimiento de la zona intervenida.
4. Lesión tendinosa.
5. Obstrucción venosa con formación de trombos, hinchazón de la pierna correspondiente y en raras ocasiones se complica con dolor torácico y dificultad respiratoria (embolia pulmonar), que puede conducir a la muerte.



6. Infección de la herida, que puede ser superficial (se resuelve con limpieza local y antibióticos) o profunda que requiere además de antibiótico apertura de la herida y drenaje
7. De forma poco habitual pueden existir complicaciones como: necrosis (muerte) de la piel de la zona intervenida, retrasándose el proceso de curación, cicatriz de la operación dolorosa y antiestética.
8. Recidiva o diseminación de la verruga.

### RIESGOS PERSONALIZADOS

Además de los riesgos descritos anteriormente, por sus circunstancias especiales (médicas o de otro tipo) hay que esperar los siguientes riesgos: .....

### ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

Después de informarme el podólogo/a, este considera que *no existen* tratamientos eficaces conservadores para eliminar la lesión de forma definitiva.

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