



Documento Consentimiento Informado

PARA LA PRÁCTICA DE INFILTRACIÓN ANESTÉSICA

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:

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

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:

PARA LA PRÁCTICA DE INFILTRACIÓN ANESTÉSICA. Mediante la siguiente técnica:

Nombre del anestésico

Fecha de caducidad: Lote número:

Usted va a ser intervenido quirúrgicamente para lo cual es imprescindible la aplicación de anestésicos a los que según su conocimiento NO es alérgico. Aún sin ser alérgico existen, en un porcentaje mínimo de casos, unos riesgos posibles de complicaciones que se pueden derivar de la práctica anestésica, es imprescindible que usted quede enterado de cuáles son estas posibles complicaciones:

1. Dolor en la zona de punción.
2. Irritación nerviosa y adormecimiento en la zona de punción que puede durar unos días.
3. Hematoma en la zona de punción.
4. Lesión de vasos adyacentes.
5. Lesión de nervios adyacentes.
6. Lesión de los tendones adyacentes.
7. Infección en la zona de punción.
8. Reacción de tipo vagal (mareo, vómitos).
9. De tipo neurogénico (se producen a grandes dosis y muy superiores a las utilizadas en anestesia del pie) pérdida de consciencia, taquicardia, crisis de ansiedad, convulsiones y shock.
10. De tipo cardiogénico (se producen a grandes dosis y muy superiores a las utilizadas en anestesia del pie o en anestésicos intravasculares) bradicardia, pérdida de consciencia, paro cardiaco.



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,

HE DADO MI CONSENTIMIENTO para que se me realice el procedimiento/tratamiento	NO CONSIENTO 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./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