

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:

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



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