

Documento Consentimiento Informado

PARA TRATAMIENTO CON SOPORTES PLANTARES

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 ORTOPODOLÓGICO CON SOPORTES PLANTARES.**

LO QUE USTED DEBE SABER:

1.- En qué consiste:

Es un tratamiento conservador que consiste en la aplicación de una serie de elementos ortésicos cuidadosamente estudiados en forma de soportes plantares (plantillas).

El tratamiento ortopodológico de soportes plantares aporta una serie de beneficios que se relacionan a continuación:

- Aumento de la superficie de contacto lo que permite una redistribución de la carga del pie, logrando así un descenso de la presión articular.
- Recolocación de las estructuras articulares alteradas, aminorando el rango de movimiento en los casos de articulaciones hipermóviles.
- Prevención y/o disminución de las alteraciones que pueden provocar en otras articulaciones, caderas, rodillas, tobillos, etc.
- Facilitación del control postural proporcionando una base de sustentación más estable.

2.- Cómo se realiza:

Los soportes plantares a medida tienen una mayor efectividad sobre las alteraciones del pie y para confeccionarlas se requiere de un proceso diagnóstico realizado en su totalidad por el podólogo, en el que se incluye una evaluación biomecánica del pie y los miembros inferiores (en ocasiones puede ser necesaria una exploración complementaria de las cinturas pélvica y escapular), una elección de materiales para su confección y un diseño específico que se ajuste a las características del paciente y que varían en función del objetivo terapéutico a lograr.

3.- Qué riesgos tiene:

El tratamiento de soportes plantares se usa como tratamiento conservador, el cual **no garantiza** en algunos casos alcanzar el éxito deseado, pudiendo estar condicionado por otras causas, tales como:

- Calzado inadecuado.
- Enfermedades sistémicas y/o antecedentes del paciente.
- Pautas de rehabilitación no realizadas.
- Circunstancias laborales y/o deportivas.
- Hábitos higiénico-posturales inadecuados.

Si no se consiguieran dichas expectativas deseadas, se realizará las modificaciones y correcciones oportunas que considere el podólogo, pero en ninguna circunstancia la devolución del importe de dicho tratamiento.

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 Fdo. Paciente o representante	NO CONSIENTO someterme al procedimiento/ tratamiento indicado 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