

## Documento Consentimiento Informado

### PARA LA APLICACIÓN DE TERAPIA TÓPICA

### 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: **PARA LA APLICACIÓN DE TERAPIA TÓPICA DE ÁCIDOS, CRIOTERPIA, LASER O VESICANTES PARA  
EL TRATAMIENTO 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**

Ante este tipo de lesión papilomatosa está indicada la aplicación de tratamientos tópicos, ácidos o vesicantes, crioterapia, laser. **PARA LA APLICACIÓN DE TERAPIA TÓPICA DE ÁCIDOS, CRIOTERPIA O VESICANTES PARA EL TRATAMIENTO DE LOS PAPILOMAS Y VERRUGAS PLANTARES.**

#### **CONSECUENCIAS SEGURAS**

Tras la aplicación de tratamientos tópicos.

- Después de la aplicación de estos tratamientos sufrirá dolor, irritación e inflamación en la zona tratada debido al efecto terapéutico que puede prolongarse durante algunas horas o días.
- Precisaré guardar reposo relativo las primeras 24/48 horas, aunque podrá realizar pequeños paseos, pero no permanecer estancias prolongadas de pie.
- Deberá mantener el pie sin mojar durante 48 horas para mantener el agente en contacto con la lesión y evitar su dilución.

#### **DESCRIPCION DE LOS RIESGOS POTENCIALES**

- Puede presentar, por efecto de la sustancia cáustica, quemadura de la lesión que puede afectar a tejidos blandos perilesionales y requerir un posterior tratamiento.
- Infección de la herida, que puede ser superficial (se resuelve con limpieza local y antibióticos) o profunda que pueden necesitar desbridaje quirúrgico.
- De forma poco habitual pueden existir complicaciones como: reaparición de la deformidad con el tiempo, necrosis (muerte) de la piel de la zona intervenida, retrasándose el proceso de curación, cicatriz dolorosa y antiestética. En caso de recidiva o recurrencia del proceso puede requerir una intervención quirúrgica para su eliminación completa o amputación.

## 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, considera que la técnica seleccionada es la más adecuada para mi patología y No existen otros tratamientos eficaces para tratar las lesiones.

Autorizo expresamente al Podólogo/a a grabar en video o realizar fotografías durante el proceso con fines, exclusivamente, científicos y preservando la intimidad y el anonimato del 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. 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

<b>Responsable:</b> D./Dña	<b>Finalidad:</b> 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: [protecciondatos@grupocorreo.es](mailto:protecciondatos@grupocorreo.es) 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](http://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