



**Col·legi Oficial de Fisioterapeutes
de les illes Balears**

DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tratamiento de

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 fisioterapeuta todas las dudas que se le planteen. Le recordamos que, por imperativo legal, tendrá que firmar, usted o su representante legal, el consentimiento informado para que podamos realizarle dicho procedimiento.

1.- PROCEDIMIENTO.

2.- CONSECUENCIAS SEGURAS.

3.- DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS TÍPICOS.

4.- RIESGOS PERSONALIZADOS.

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

5.- ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO.

6.- DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO.

PACIENTE

Yo Don/Doña
He leído la hoja de información que me ha entregado el/la Fisioterapeuta
He comprendido las explicaciones que se me han facilitado, y el/la fisioterapeuta que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por ello, manifiesto que me considero satisfecho/a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este tratamiento/procedimiento. Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice.....

En Palma de Mallorca, a... de de

Fdo. EL/LA FISIOTERAPEUTA COL. N°

Fdo. EL/LA PACIENTE

REPRESENTANTE LEGAL

Yo, Don/Doña en calidad de
del paciente
He leído la hoja que me ha entregado el/la fisioterapeuta.....
He comprendido las explicaciones que se me han facilitado, y el/la
fisioterapeuta que me ha atendido me ha permitido realizar todas las
observaciones y me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he
planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad
de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora
presto. En mi presencia se ha dado al paciente toda la información pertinente
adaptada a su nivel de entendimiento y está de acuerdo en someterse a este
tratamiento/procedimiento. Por ello, manifiesto que me considero
satisfecho/a con la información recibida y que comprendo la indicación y los
riesgos de este tratamiento/procedimiento. Y en tales condiciones CONSIENTO
que se realice al paciente

En Palma de Mallorca, a... de de
Fdo. EL/LA FISIOTERAPEUTA COL. N° Fdo. EL/LA REPRESENTANTE

TESTIGO

Yo, Don/Doña
declaro bajo mi responsabilidad que Don/doña.....
ha recibido la hoja de información que le ha entregado el/la Fisioterapeuta...
Ha comprendido las explicaciones que se le han facilitado, y el/la
fisioterapeuta que le ha atendido le ha permitido realizar todas las
observaciones y le ha aclarado todas las dudas y preguntas que le ha
planteado. También comprende que, en cualquier momento y sin necesidad
de dar ninguna explicación, puede revocar el consentimiento que ahora
presta. Se considera satisfecho/a con la información recibida y comprende la
indicación y los riesgos de este tratamiento/procedimiento. Y ha expresado
libremente su CONSENTIMIENTO de que se realice al paciente

En Palma de Mallorca, a... de de
Fdo. EL/LA FISIOTERAPEUTA COL. N° Fdo. EL/LA TESTIGO

7.- REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO.

Yo, Don/Doña REVOCO el
consentimiento prestado en fecha y declaro
por tanto que, tras la información recibida, no consiento en someterme al
procedimiento de

En Palma de Mallorca, a... de de
Fdo. EL/LA FISIOTERAPEUTA COL. N° Fdo. EL/LA PACIENTE