

CONSENTIMIENTO PARA LA ANESTESIA E INFILTRACION

NOMBRE DEL PACIENTE:.....

NOMBRE DEL TUTOR (SÍ PROCEDE):.....

Nº D.N.I. DEL PACIENTE (O TUTOR):.....

CON DOMICILIO.....

TELEFONO:.....

HISTORIA CLÍNICA Nº.:_____ DIA:____/____/____ HORA:____:____

A.- IDENTIFICACIÓN:

1.- PROCEDIMIENTO: (DESCRIPCIÓN TÉCNICA)

.....

B.- CONSENTIMIENTO:

Yo manifiesto que por parte del Podólogo, he sido informado de la naturaleza y el propósito de la intervención, los posibles tratamientos alternativos, los riesgos inherentes al procedimiento de INFILTRACIÓN en el pie, así como de las posibles complicaciones que pudieran existir.

Yo comprendo cual es el propósito, riesgos, tratamientos alternativos y posibles complicaciones del procedimiento.

Yo entiendo que el procedimiento de la infiltración es: (descripción de la intervención en lenguaje coloquial)

Inyectar un fármaco en la zona del nervio que está atrapado por un tejido cicatricial para que se rompa y el nervio quede liberado.

.....

Yo autorizo al personal de la clínica a realizar la infiltración que me ha sido explicada anteriormente, que se efectuará con anestesia local, así como para llevar a cabo las modificaciones técnicas, o correcciones de índole diagnóstica y/o terapéutica que se estimen oportunas durante la misma, utilizando el instrumental y material que se considere necesario.

Yo manifiesto haber recibido, tanto oral como por escrito, las instrucciones a seguir durante el postoperatorio, así como las respuestas y aclaraciones oportunas a todas las preguntas por mí planteadas.

Considerando todo lo anterior, firmo la presente autorización en Badajoz a

Fdo.:

5.- Revisiones:

Acuda a consulta el próximo día.....