

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Nº de Historia:

Fecha:

Nombre y Apellidos del/ de la paciente:

Edad:

D.N.I:

DIAGNÓSTICO:

- Con este documento doy el consentimiento al podólogo/a:
y a quien designe como miembros de su equipo, como ayudantes, y al personal de la Clínica Podológica, para que me hagan la operación o procedimiento quirúrgico siguiente:

El día:

- También doy mi consentimiento para que se me administren anestésicos locales y fármacos convenientes en caso de surgir alguna situación imprevista.
- Reconozco que he tenido la oportunidad de discutir con el podólogo la operación o procedimiento quirúrgico, su propósito y naturaleza, las alternativas razonables, las posibles consecuencias si no se llevase a término el tratamiento y los posibles riesgos o complicaciones.
- Comprendo que la práctica de la cirugía podológica no es una ciencia exacta, que puede involucrar la formulación de un diagnóstico basado en los hechos conocidos en este momento, que no es razonable esperar que el cirujano sea capaz de anticipar, ni de explicar todos los riesgos y complicaciones, que un resultado no deseable no indica necesariamente un error en ese juicio y que, buscando los mejores resultados, confío en que el juicio profesional durante el procedimiento o la operación está basado sobre los hechos conocidos en este momento y busca el mejor beneficio para mí.
- Consulte con su médico el protocolo de suspensión del tratamiento anticoagulante: 5 días antes de la intervención.

Firma y sello del/ de la podólogo/ a.

Firma del/ de la paciente.

Badajoz, a de de