

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO (ejemplo en una incarnada)

Sr./a _____ provisto de D.N.I. núm. _____ y domicilio en _____ que actúa (poner si actúa en nombre propio o como representante legal del menor o del incapacitado Sr./a: _____), **manifiesta:**

Que el facultativo Sr./a _____ me ha informado que el diagnóstico es de: " **uña incarnada** ", y que las,

OPCIONES DE TRATAMIENTO

para el tratamiento del absceso por causa del enclavamiento, del borde de la uña en el pulpejo externo del dedo gordo, puede resolverse mediante curas paliativas y medidas higiénicas, o bien mediante la extracción quirúrgica de uña, total o parcial, tras la remisión del absceso.

OPCION ESCOGIDA

Dado que ha habido varias recidivas, se escoge como solución, probablemente definitiva, la intervención quirúrgica.

RIESGOS MAS GRAVES Y FRECUENTES

Se me informa que aunque infrecuentes, pueden darse infecciones por falta de asepsia, sobre todo si no se siguen las prescripciones de curas y visitas de control habituales (protocolizadas).

RIESGOS PERSONALES

Los riesgos personales en este caso son:(señalar los riesgos que pueden asociarse en el caso de que el enfermo tenga una enfermedad vascular, diabetes, etc.).

La información me ha estado dada de forma comprensible y mis preguntas me han sido contestadas, por lo que autorizo al facultativo _____ (y/o su equipo) a que realicen la opción escogida (del tratamiento, de la exploración o de la intervención quirúrgica).

Firma del paciente
(o representante legal)

Firma del facultativo
Col. _____

En la ciudad de _____ a ____ de _____
de _____

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO GUIA PARA CONFECCIONAR CUALQUIER TIPO DE ACTIVIDAD QUIRURGICA O DE RIESGO

Sr./a _____ provisto de D.N.I. núm. _____ y domicilio en _____ que actúa (poner si actúa en nombre propio o como representante legal del menor o del incapacitado Sr./a: _____), **manifiesta:**

Que el facultativo Sr./a _____ me ha informado que (el procedimiento exploratorio o el diagnóstico) es de: _____ y que las,

OPCIONES DE TRATAMIENTO (O DE EXPLORACION)

Adecuadas a la patología descrita son las siguientes: (describirlas telegráficamente) _____

OPCION ESCOGIDA

RIESGOS GENERALES MAS GRAVES Y FRECUENTES

Son _____

RIESGOS PERSONALES

En este caso son _____

La información me ha sido dada de forma comprensible y mis preguntas han sido contestadas, por lo que autorizo al facultativo _____ (y a su equipo) a que realice la opción escogida (del tratamiento, de la exploración o de la intervención).

Firma del paciente
(o representante legal)

Firma del facultativo
Col. núm. _____

En la ciudad de _____ a ____ de _____
de _____