

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PACIENTE

D. /Dña. _____ con DNI _____

Tratamiento prescrito:

He sido ampliamente informado/a del contenido, objeto y forma del presente consentimiento a prestar, si así lo entiendo conveniente.

He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre mi examen, valoración y tratamiento.

Firmando abajo, consiento que se me aplique el tratamiento que se me ha explicado de forma suficiente y comprensible para mí.

Entiendo que tengo el derecho a rehusar parte, o todo el tratamiento, en cualquier momento. Entiendo mi plan de tratamiento y consiento en ser tratado en la forma que me ha indicado o prescrito el fisioterapeuta colegiado D. /Dña.

Declaro no encontrarme en ninguno de los casos de las contraindicaciones que me han sido preguntadas, explicadas y especificadas antes de la firma del presente documento

Declaro haber facilitado de manera leal y verdadera los datos sobre estado físico y salud de mi persona, en todo lo que pudiera afectar al tratamiento que se me va a realizar. Asimismo decido, dentro de las opciones clínicas disponibles, dar mi conformidad, libre, voluntaria y consciente al tratamiento que se me ha informado y explicado con todos los detalles precisos

En _____, a ____ de _____ de _____

Fdo.: _____

AUTORIZACIÓN DE FAMILIAR A CARGO O TUTOR

Ante la imposibilidad de D/Dña. _____
con DNI _____, de prestar autorización para el tratamiento
detallado en el presente documento, de forma libre, voluntaria, y consciente;
D./Dña. _____ con
DNI _____, en calidad de _____ (padre, madre, tutor
legal, familiar, allegado, cuidador), decido, dentro de las opciones clínicas
disponibles, dar mi conformidad libre, voluntaria y consciente a que se lleve a
efecto y aplique el tratamiento detallado en el presente documento.

En _____, a ____ de _____ de _____

CONFORME PACIENTE O REPRESENTANTE

Fdo.: _____

FISIOTERAPEUTA

D/Dña. _____
con DNI _____, Fisioterapeuta colegiado N°39/_____ del Ilre.
Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Cantabria (ICPFC), con centro o
consulta profesional sito en C/ _____,
N° _____, de _____, declaro haber
facilitado al paciente y/o persona autorizada, toda la
información necesaria sobre el tratamiento a realizar a
D./Dña. _____
concretado en el presente documento, así como sus posibles riesgos y
contraindicaciones.

En _____, a ____ de _____ de _____

Fdo.: _____