



Consentimento informado

LEI 3/2005, do 7 de marzo, de modificación da Lei 3/2001, do 28 de maio, reguladora do consentimento informado e da historia clínica dos pacientes

D/Dña. NOMBRE APELLIDO1 APELLIDO2, con D.N.I. 12345678A
veciño/a de CIUDAD rúa DIRECCION
Teléfono 987654321

Lesion tendinosa ()

Prueba de plantilla para lesión tendinosa

bla

bla

bla

bla

Fin de la prueba

RISCOS / SITUACIÓNS PERSONALIZADAS

fj

ANOTACIÓNS ESPECÍFICAS

dcghk





Consentimento informado

LEI 3/2005, do 7 de marzo, de modificación da Lei 3/2001, do 28 de maio, reguladora do consentimento informado e da historia clínica dos pacientes

D/Dña. NOMBRE APELLIDO1 APELLIDO2, con D.N.I. 12345678A
veciño/a de CIUDAD rúa DIRECCION
Teléfono 987654321

MANIFESTO

Que fun informado/a polo médico/a Angela Cardalda Parada
con data do 31/08/2015 (e que me foi entregada a información) do procedemento

Lesion tendinosa

e igualmente dos beneficios que se esperan e do tipo de riscos que comporta súa realización (complicacións máis frecuentes) e a súa non realización, así como das posibles alternativas segundo os medios asistenciais deste Centro.

Comprendín toda a información que se me proporcionou e as miñas dúbidas foron aclaradas satisfactoriamente.

CONSINTO

Ós facultativos do Servizo de Traumatología

a que me practiquen o procedemento mencionado e descrito no anverso e mailas probas complementarias necesarias. Son coñecedor/a de que en caso de urxencia ou por causas imprevistas poderán realizarse as actuacións médicas necesarias para manterme con vida ou evitarme un dano.

Sei que en calquera momento podo revoga-lo meu consentimento.

DATOS DO TITOR OU REPRESENTANTE LEGAL

D/Dña. cvhjk, con D.N.I. _____
e residencia en _____ . Teléfono _____
Documentación aportada: vhjmk

Para cumprir o artigo 10, do Título II da Lei 3/2001, do 28 de maio, informámolo de que pode exercer o seu dereito de revogación deste consentimento informado, en calquera intre previo á realización do procedemento indicado, sen ter necesidade de especificar a causa da revogación. Para iso debe solicitar o impreso de revogación asociado a este documento no servizo de Admisión da EOXI de Santiago.





Sinatura do médico

--

Sinatura do titor

--

