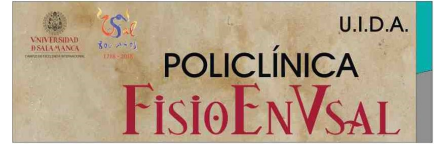




VNIVERSIDAD  
D SALAMANCA

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS PACIENTES DE LA POLICLÍNICA FISIOENUSAL.

En este acto, el(la) especialista \_\_\_\_\_,  
previo análisis de mis antecedentes, datos de la historia clínica y del examen físico, me  
ordenará exámenes diagnósticos para aclarar el problema por el cual consulté.  
Posteriormente me hablará del(los) tratamiento(s) o procedimiento(s) que considere idóneos  
para tratar de solucionarlo o aliviarlo y de los riesgos previsibles de éstos. Entiendo que, si no  
informo adecuadamente y con la verdad todos los datos necesarios, se pueden ocasionar  
confusiones en el diagnóstico o errores en la selección de los tratamientos, sin que estos  
resultados sean atribuibles al especialista. Así como si decido no realizar los exámenes  
diagnósticos ordenados, o no cumplo los tratamientos ordenados y/o no acepto las  
intervenciones sugeridas por mi especialista tratante, pueden presentarse reacciones  
adversas ajenas a su actuación, sin que ello signifique pérdida de mis derechos a la atención  
profesional posterior.

D./Dña. \_\_\_\_\_

Con DNI \_\_\_\_\_ y número de  
teléfono \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_

Fdo profesional sanitario:

Fdo paciente: