

# DOCUMENTACIÓN EN LA WEB:

---

- Documento de Protección de Datos: **Consentimiento de Paciente para la Recogida de Datos de Carácter Personal** (lectura previa en su domicilio, en la primera asistencia a la Policlínica se procederá a su firma por medios digitales gráficos)
- **Compromiso de Confidencialidad de la U.I.D.A.**
- **Consentimiento Informado para Tratamiento** (lectura previa en su domicilio, en la primera asistencia a la Policlínica se procederá a su firma por medios digitales gráficos)
- **Consentimiento Informado Punción Seca:** (antes del inicio de la sesión se facilitará su lectura, su aceptación se realizará mediante su firma por medios digitales)

# CONSENTIMIENTO DE PACIENTE PARA LA RECOGIDA DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

## INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

**Responsable del tratamiento y contacto:** Policlínica FisisEnUSAL (Q-3718001E), situada en c/ DONANTE DE SANGRE s/n - CAMPUS MIGUEL DE UNAMUNO, SALAMANCA, con número de teléfono y email [clinicafisioenusal@usal.es](mailto:clinicafisioenusal@usal.es).

**Encargado del tratamiento:** XOBORG TECHNOLOGIES, S.L., B37568367 - 923 017 400 - Paseo Canalejas, 57-61 entre planta, oficina Num5, Salamanca - 37001, Castilla y León (España) - [info@xoborg.com](mailto:info@xoborg.com)

**Finalidad del tratamiento:** Prestación de servicios sanitarios y realizar la facturación

**Legitimación:** Ejecución de un contrato

**Derechos:** Acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, oposición y portabilidad de los datos

## INFORMACIÓN ADICIONAL

En cumplimiento con el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento General de Protección de Datos o RGPD), se comunica que:

En nombre de la empresa tratamos la información que nos facilita con el fin de prestarles el servicio solicitado. La cesión de sus datos será necesaria para poder prestarles dicho servicio, no pudiendo prestarlo en caso de que no proporcione sus datos. Los datos proporcionados se conservarán mientras se mantenga la relación comercial o de prestación de servicios, o durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones legales.

Los datos personales que tratamos proceden del propio interesado o de terceros legitimados para la cesión de los mismos. Los datos no se cederán a terceras personas, ya sean físicas o jurídicas, sin el previo consentimiento expreso del paciente, salvo en los casos en que fuera imprescindible para la correcta prestación del servicio o cuando exista una obligación legal.

(Policlínica FisisEnUSAL) cumple con el principio de confidencialidad exigido por la normativa vigente y, asimismo, garantiza el cumplimiento de todos los mecanismos de seguridad para la protección de sus datos de carácter personal.

Usted tiene derecho a obtener confirmación sobre si en Policlínica FisisEnUSAL estamos tratando sus datos personales por tanto tiene derecho a solicitar del responsable el acceso a sus datos personales, y su rectificación o supresión, o la limitación de su tratamiento, o a oponerse al tratamiento, así como el derecho a la portabilidad de los datos. También tendrá derecho a presentar una reclamación ante la autoridad de control.

A continuación se reflejan los diferentes métodos de contacto permitidos y aceptados explícitamente por el paciente, destinados exclusivamente a enviar las notificaciones deseadas por parte del centro:

Email  SMS  Whatsapp  Comercial

Los datos de carácter personal recogidos por Policlínica FisisEnUSAL serán conservados durante el tiempo que sea necesario conforme a la finalidad del tratamiento de los mismos, cumpliendo en todo caso con los plazos legalmente preceptivos exigidos por la normativa aplicable. Asimismo, solicito su autorización para ofrecerle productos y servicios relacionados con los solicitados y fidelizarle como cliente.



## Compromiso de Confidencialidad

**Este documento le informa sobre cómo se utilizará o se comunicará información clínica y la forma en que usted puede tener acceso a esta información. Por favor léalo con atención.**

## Información General

El equipo de profesionales de la Policlínica asume la responsabilidad de salvaguardar la privacidad de la información sobre su salud. Este documento proporciona información sobre el uso y comunicación de información protegida sobre la salud de los usuarios de la Unidad de Investigación, Docencia y Atención en Fisioterapia y Enfermería (Policlínica FisióEnUSAL). En el documento también se describen sus derechos y nuestras obligaciones en relación con el uso de información clínica y asistencial sobre usted, y se le informa acerca de la ley que protege dicha información: *Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento General de Protección de Datos o RGPD)*

También explica cómo se utiliza la información protegida sobre salud y cómo, bajo ciertas circunstancias, puede utilizarse. Le informamos también que se le notificará cualquier cambio en las normas expresadas en este documento. A lo largo del documento siempre nos referimos a usted como la persona receptora de nuestros servicios, o como el representante de quien los recibe en caso de que el receptor sea menor y usted sea su padre o su tutor legal.

**La Unidad de Investigación, Docencia y Atención en Fisioterapia y Enfermería (Policlínica FisióEnUSAL) asume la responsabilidad de proteger la privacidad de la información sobre su salud. Usted tiene los siguientes derechos:**

- Puede solicitar un uso restringido de la información clínica que nosotros custodiamos.
- Puede pedir que nuestro centro se ponga en contacto con usted por alguna vía alternativa.
- Puede ver y recibir copias del expediente que aquí se custodia.
- Puede solicitar modificaciones en el registro de sus datos personales y de contacto.

- Puede solicitar una lista de los servicios o instituciones a los que se ha remitido información clínica relativa a su expediente.
- Puede presentar quejas relacionadas con la privacidad de la información sobre su salud.
- Puede indicarnos que no compartamos información con otros miembros de su familia.

Para ello, deberá dirigir un correo electrónico a [dec.feyf@usal.es](mailto:dec.feyf@usal.es)

### **Las normas de la Policlínica en relación al uso y comunicación de la información sobre su salud son las siguientes:**

- La información sobre su salud personal se utiliza y comunica a otros profesionales para realizar diagnósticos y tratamientos, para tramitar documentos de pago, o para llevar a cabo actividades operativas de gestión asistencial y elaboración de memorias. En este último caso, solo se transmiten datos estadísticos y nunca datos personales.
- También se utiliza y comunica información clínica para formar y capacitar al personal técnico del centro y a estudiantes, siempre preservando el anonimato.
- Se utiliza información clínica anonimizada para llevar a cabo investigaciones. El comité de Ética de la Universidad de Salamanca debe aprobar los proyectos de investigación.
- Se utiliza y comunica información sobre su salud cuando así lo requiera la ley, o cuando usted lo autorice por escrito.

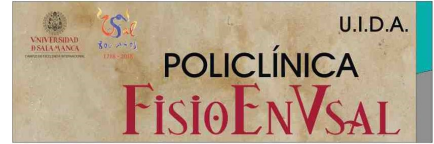
## **Los Profesionales**

La Policlínica FisioEnUSAL es una unidad de investigación, docencia y asistencia cuyos profesionales son médicos, fisioterapeutas y enfermeros. Además, otros trabajadores o servicios de la Universidad de Salamanca tienen funciones de apoyo al centro a través de las cuales esos trabajadores podrían acceder a información no sanitaria aportada por el usuario. Por ejemplo, la Universidad dispone de un sistema de gestión económica y de servicios de información que prestan apoyo a la Policlínica. En la prestación de estos servicios de apoyo, el personal de la Universidad mantiene y protege la confidencialidad de la información sobre sus datos. En ocasiones, algunos profesionales (médicos, fisioterapeutas, enfermeros, etc.) ajenos a la Universidad participan y prestan servicios a los usuarios de este centro. Esto ocurre cuando se comparte información protegida sobre la salud de los usuarios entre instituciones o proveedores de servicios asistenciales, según sea necesario, para el diagnóstico, el tratamiento, la tramitación de costes y otras acciones de tipo asistencial.



VNIVERSIDAD  
D SALAMANCA

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL



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

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:

# **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO DE LOS PUNTOS GATILLO MIOFASIALES (PGM) MEDIANTE TÉCNICAS INVASIVAS (PUNCIÓN SECA)**

## **INTRODUCCIÓN**

Esta documentación ha sido elaborada conforme a las previsiones contenidas en la Ley General de Sanidad (14/1986, de 25 de Abril) y la Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, reguladora esta última de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Es conveniente que lea este documento con atención y formule las preguntas que crea convenientes para entender el procedimiento para el cual le pedimos su consentimiento para el tratamiento de \_\_\_\_\_

El propósito de esta información no es alarmarle ni liberar de responsabilidad al Fisioterapeuta que le atiende. Se le proporciona para que usted, a partir de dicho conocimiento, pueda tomar la decisión libre y voluntaria de autorizar o rechazar este tratamiento.

## **¿QUÉ ES UN PUNTO GATILLO MIOFASCIAL (PGM)?**

Un punto gatillo miofascial es un punto altamente irritable de dolor en un nódulo dentro de una banda tensa palpable de músculo esquelético. Es doloroso a la presión y cuando es estimulado puede provocar dolor referido (siempre siguiendo un mismo patrón para el mismo punto gatillo) y restricción del movimiento, así como sudoración y otros fenómenos autonómicos.

## **¿EN QUÉ CONSISTE EL TRATAMIENTO DE LOS PGM MEDIANTE TÉCNICAS INVASIVAS (PUNCIÓN SECA)?**

Consiste en la introducción de una aguja de acupuntura en el punto gatillo realizando varios abordajes sobre éste, sin llegar a extraer la aguja en la mayoría de los casos.

Normalmente, se establece una pauta de una sesión semanal hasta un máximo de 6 sesiones. Si tras la tercera sesión no se observa mejoría, se suspendería el tratamiento y se establecerían como alternativa al mismo, pautas de fisioterapia de tipo conservador (descritas más adelante)

Esta técnica debe ser realizada por Fisioterapeutas formados específicamente para aplicarla con total garantía y deben disponer de la titulación que lo acredite.

## **ALTERNATIVAS AL TRATAMIENTO MEDIANTE PUNCIÓN SECA**

Existen técnicas de fisioterapia no invasiva tales como estiramientos, masajes, presión... dirigidas al tratamiento de los PGM, y usted podrá elegir las en lugar de la técnica invasiva que aquí se describe.

## **OBJETIVO DE LA TÉCNICA DE PUNCIÓN SECA**

Fundamentalmente se persigue disminuir el dolor provocado por la existencia de PGM y otros problemas derivados de los mismos, como la limitación del movimiento y la presencia de fenómenos autonómicos.

## **EFFECTOS SECUNDARIOS O COMPLICACIONES DERIVADOS DE LA TÉCNICA:**

- Complicaciones (todas ellas reversibles): espasmo muscular o dolor postpunción momentáneo. Suelen desaparecer tras unas horas.
- Mareos durante la punción en personas muy sensibles.
- Miedo insuperable a las agujas que imposibilitan la aplicación de la técnica.
- Efectos secundarios como dermatitis por contacto, hematomas, infección... aunque son poco frecuentes. Para evitar infecciones, se aconseja dejar transcurrir 24 horas tras el tratamiento para bañarse en una piscina o baño público.
- Los peligros de la técnica son limitados, la probabilidad de que se produzcan es escasa y resultan en su mayoría evitables si se toman las medidas de precaución pertinentes: neumotórax (tratamiento músculos del tórax), mioedema, hemorragia, síncope vaso-vagal y lesión nerviosa.
- En este último caso debe avisar al fisioterapeuta si se produce una sensación eléctrica desagradable para que pueda modificar la zona de introducción de la aguja y así evitar la lesión nerviosa.

## **RIESGOS DERIVADOS DEL ESTADO DE SALUD PREVIO DEL PACIENTE:**

- En las alergias a los metales, especialmente al níquel, no se podrán utilizar las agujas de acupuntura habituales.
- Pacientes con tratamiento con anticoagulantes son más propensos a sufrir hemorragias.
- Pacientes inmunodeprimidos o con linfadenectomías son más propensos a sufrir infecciones.
- Pacientes con hipotiroidismo pueden sufrir de edemas en el músculo tratado.
- Debe evitarse la punción seca en zonas de la piel que presenten algún tipo de herida o cicatriz, así como en enfermedades dérmicas como psoriasis o infecciones. También en tatuajes.
- Se evitará la punción profunda en mujeres embarazadas, especialmente durante los tres primeros meses del embarazo, y después de este período siempre y cuando la zona a tratar pueda afectar al feto.
- Se aconseja no realizar el tratamiento en pacientes con dolor crónico generalizado, como en el caso de la fibromialgia, si anteriormente ya se había utilizado la técnica sin obtener beneficios.

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PUNCIÓN SECA**

### **PACIENTE:**

**D/Dña** \_\_\_\_\_ **con DNI** \_\_\_\_\_

He leído la información que ha sido explicada en cuanto al consentimiento. 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.

Entiendo que tengo el derecho de rehusar parte o todo el tratamiento en cualquier momento. Entiendo mi plan de tratamiento y consiento en ser tratado por un fisioterapeuta colegiado.

Declaro no encontrarme en ninguno de los casos de las contraindicaciones especificadas en este documento.

Declaro haber facilitado de manera leal y verdadera los datos sobre estado físico y salud de mi persona que pudiera afectar a los tratamientos que se me van a realizar. Asimismo, decido, dentro de las opciones clínicas disponibles, dar mi conformidad, libre, voluntaria y consciente a los tratamientos que se me han informado.

\_\_\_\_\_, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

### **AUTORIZACIÓN DEL FAMILIAR O TUTOR:**

Ante la imposibilidad de D/Dña \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_ de prestar autorización para los tratamientos explicitados 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 para los tratamientos explicitados en el presente documento.

\_\_\_\_\_, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

### **FISIOTERAPEUTA:**

**D/Dña:** \_\_\_\_\_ **con DNI** \_\_\_\_\_

Fisioterapeuta de la Policlínica FisiEnUSAL de Salamanca, declaro haber facilitado al paciente y/o persona autorizada, toda la información necesaria para la realización de los tratamientos expuestos en el presente documento y declaro haber confirmado, inmediatamente antes de la aplicación de la técnica, que el paciente no incurre en ninguno de los casos de contraindicación señalados anteriormente, así como haber tomado todas las precauciones necesarias para que la aplicación de los tratamientos sea la correcta.

\_\_\_\_\_, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_