

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: