

Universidad de Málaga

Facultad de Ciencias de la Salud

Departamento de _____

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

D./Dña de años de edad y con DNI nº, Matriculado/a en _____

Manifiesta:

Que he sido informado/a sobre los riesgos y beneficios de las intervenciones, exploraciones, pruebas físicas y/o tratamientos de _____ que se me van a aplicar, y he puesto en conocimiento del profesional que me atiende todas los datos sobre mi estado físico o antecedentes de Salud.

Que se me ha informado de forma comprensible de las contraindicaciones y/o efectos secundarios, he tenido oportunidad de aclarar cuantas dudas tenía sobre las actuaciones a realizar.

Que he sido también informado/a de que mis datos personales serán protegidos de acuerdo con lo que dispone la Ley Orgánica Reguladora de esta materia y no serán usados sin mi consentimiento previo.

Que presto mi consentimiento, para que se me realice las actuaciones indicadas previamente, con conocimiento de los eventuales riesgos que origina, los cuales acepto.

Fdo. _____

Fecha: ____/____/____

ANEXO.

De conformidad con el art. 10 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de los derechos y obligaciones en materia de información, los riesgos relacionados con cada actuación concreta viene determinados por:

Las consecuencias relevantes que la intervención _____ origina.
Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales de los pacientes y alumnos/as.
Los riesgos probables en condiciones normales o directamente relacionados con el tipo de intervención.
Las contraindicaciones