

UNIDAD DE DOLOR	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE UNA TÉCNICA ANALGÉSICA.	F-UDO-76
		EDICIÓN: 1

El presente documento formaliza el acuerdo entre el Sr./Sra.

Apellido 1:
Apellido 2:
Nombre:
NHC:

y la Unidad de Dolor de _____ en cuanto a la técnica analgésica propuesta para el alivio de su dolor, de acuerdo con la información médica que le ha sido explicada de forma clara y comprensible por el Dr./Dra..... (Nº de Colegiado:.....).

- Este documento tiene como **objetivo** reflejar que usted ha sido informado sobre la técnica analgésica que se le propone, sus complicaciones y alternativas.
- Técnica propuesta:**
- La **información sobre la técnica analgésica propuesta** se le facilita en una hoja aparte.
- Riesgos** personalizados:
.....
.....
- Alternativas a la técnica:**

CONSENTIMIENTO

Yo, D/ Dña _____ doy mi consentimiento para que me sea aplicada la técnica propuesta. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuanto lo estime oportuno

SÍ NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la técnica, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud

SÍ NO Autorizo que se puedan utilizar, de forma anónima, datos específicos y concretos de la técnica analgésica al que usted se va a someter con fines docentes y científicos.

SÍ NO Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión de conocimiento científico.

En _____, a ____ de _____ de _____

Firma del paciente

Firma del médico responsable de la información

Fdo.....

Fdo.....

REPRESENTANTE LEGAL (en caso de incapacidad del paciente)