

5. Alternativas de tratamiento

Como alternativa al procedimiento propuesto podrá seguir con tratamiento analgésico antiinflamatorio, efectuar reposo relativo y realizar rehabilitación intensiva. La rodilla puede protegerse con la utilización de una rodillera con unos ejes metálicos laterales de forma continua o durante la actividad deportiva. Dicho tratamiento solamente mejora los síntomas pero puede que no evite los fallos de dicha rodilla o que no detenga el desgaste progresivo de la articulación.

6. Declaración de consentimiento

Paciente

Yo Don/Doña _____, he leído la hoja de información que me ha entregado el/la Dr./a. _____ He comprendido las explicaciones que se me han facilitado, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por ello, manifiesto que me considero satisfecho/a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este tratamiento / procedimiento. Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice

En _____, a _____ de.....de 20.....

Fdo.: El/la doctor/a

Fdo.: El/la paciente

Representante legal

Yo Don/Doña _____ en calidad de..... del paciente Don/Doña _____..he leído la hoja de información que me ha entregado el/la Dr./a....., .he comprendido las explicaciones que se me han facilitado, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. En mi presencia se ha dado al paciente toda la información pertinente adaptada a su nivel de entendimiento y está de acuerdo en someterse a este tratamiento / procedimiento. Por ello, manifiesto que me considero satisfecho/a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este tratamiento/procedimiento. Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se realice al paciente la _____

En _____, a _____ de.....de 20.....

Fdo.: El/la doctor/a

Fdo.: El/la representante

7. Revocación de consentimiento

Yo, Don /Doña _____ REVOCO el consentimiento prestado en fecha _____y declaro por tanto que, tras la información recibida, no consiento en someterme al procedimiento de

En _____, a _____ de.....de 20.....

Fdo.: El/la doctor/a

Fdo.: El/la paciente