

5. Alternativas de tratamiento

Como alternativa al procedimiento propuesto podrá seguir con tratamiento analgésico y antiinflamatorio, reposo relativo de la articulación y descargarla utilizando un bastón o intentando perder peso. Dicho tratamiento sólo mejora los síntomas, no deteniendo el desgaste progresivo de la articulación enferma.

Consentimiento

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. Dr./a. _____

Fdo.:PACIENTE

Don./Doña _____

Yo Don/Doña _____,
REPRESENTANTE LEGAL de Don/Doña _____
afirmo que en mi presencia, el Dr./a. _____ - _____ ha facilitado al paciente toda la información pertinente adaptada a su nivel de entendimiento, y por tanto el paciente está de acuerdo en someterse a este tratamiento/procedimiento. 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 _____

En _____ -- a, ____ de _____ de 20____

Fdo. Dr./a. _____

Fdo.:PACIENTE

Don./Doña _____

Denegación de consentimiento

Yo Don/Doña _____,
declaro que, tras la información recibida, **NO CONSIENTO** en someterme al procedimiento _____,
asumiendo las consecuencias que pudieran derivarse de esta decisión.

MOTIVOS (si desea exponerlos): _____

En _____ -- a, ____ de _____ de 20____

Fdo. Dr./a. _____

Fdo.:PACIENTE

Don./Doña _____

Revocación de consentimiento

Yo D./Da _____,
declaro que, tras la información recibida, **REVOCO EL CONSENTIMIENTO** firmado en fecha ___/___/20____, y por tanto **NO CONSIENTO** en someterme al procedimiento _____, asumiendo las consecuencias que pudieran derivarse de esta decisión.

MOTIVOS (si desea exponerlos): _____

En _____ -- a, ____ de _____ de 20____

Fdo. Dr./a. _____

Fdo.:PACIENTE

Don./Doña _____