



**5. ALTERNATIVAS AL TRATAMIENTO**

Como alternativa al procedimiento propuesto podrá seguir con tratamiento analgésico antiinflamatorio, efectuar reposo relativo y descargar la articulación afecta. Dicho tratamiento solamente mejora los síntomas no deteniendo el desgaste progresivo de la articulación o la deformidad.

**DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO**

**PACIENTE**

Yo Don/Dña [Nombre] . he leído la hoja de información que me ha entregado el/la Dr./a [Nombre] . 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 en que se me realice [Procedimiento]

En [Fecha], a [Hora] . de [Lugar] .. de [País]

**Fdo. EL/LA DOCTOR/A**  
Nº Colegiado [Número]

**Fdo. EL/LA PACIENTE**  
D.N.I. [Número]

**REPRESENTANTE LEGAL**

Yo, Don/Dña [Nombre] .. en calidad de [Relación] del paciente [Nombre] . 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 en que se realice al paciente la [Procedimiento]

En [Fecha], a [Hora] . de [Lugar] de [País]

**Fdo. EL/LA DOCTOR/A**  
Nº Colegiado [Número]

**Fdo. EL/LA REPRESENTANTE**  
D.N.I. [Número]

**TESTIGO**

Yo, Don/Dña [Nombre] declaro bajo mi responsabilidad que Don/Dña [Nombre] ha recibido la hoja de información que le ha entregado el/la Dr./Dra [Nombre] .. He comprendido las explicaciones que se le han facilitado, y el médico que le ha atendido le ha permitido realizar todas las observaciones y le ha aclarado todas las dudas y preguntas que le ha planteado. También comprende que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puede revocar el consentimiento que ahora presta. Se considera satisfecho/a con la información recibida y comprende la indicación y los riesgos de este tratamiento/procedimiento. Y ha expresado libremente su

**CONSENTIMIENTO** para que se realice al paciente [Procedimiento]

En [Fecha], a [Hora] . de [Lugar] .. de [País]

**Fdo. EL/LA DOCTOR/A**  
Nº Colegiado [Número]

**Fdo. EL/LA TESTIGO**  
D.N.I. [Número]

**REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

Yo, Don/Dña [Nombre] .. revoco el consentimiento prestado en fecha [Fecha] .... y declaro por tanto que, tras la información recibida, no consiento en someterme al procedimiento de [Procedimiento]

En [Fecha], a [Hora] de [Lugar] de [País]

**Fdo. EL/LA DOCTOR/A**  
Nº Colegiado [Número]

**Fdo. EL/LA TESTIGO**  
D.N.I. [Número]