



## 5- ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

Como alternativa al procedimiento propuesto la fractura se podrá tratar mediante la alineación de los huesos e inmovilización con una escayola y en otros casos con la colocación de una tracción, hasta que pegue su fractura.

## 6- DECLARACION DE CONSENTIMIENTO

### PACIENTE

Yo D/Dña \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

**Fdo.: El/la Médico**  
Nº de Colegiado: \_\_\_\_\_

**Fdo.: El Paciente**  
D.N.I. \_\_\_\_\_

### REPRESENTANTE LEGAL

Yo D/Dña \_\_\_\_\_ en calidad de \_\_\_\_\_ del paciente \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

**Fdo.: El/la Médico**  
Nº de Colegiado: \_\_\_\_\_

**Fdo.: El Representante**  
D.N.I. \_\_\_\_\_

### TESTIGO

Yo D/Dña \_\_\_\_\_ declaro bajo mi responsabilidad que D/Dña \_\_\_\_\_ ha recibido la hoja de información que le ha entregado el/la Doctor/a \_\_\_\_\_. Ha 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 esta tratamiento/procedimiento. Y ha expresado libremente su CONSENTIMIENTO de que se realice al paciente \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**Fdo.: El/la Médico**  
Nº de Colegiado: \_\_\_\_\_

**Fdo.: El Representante**  
D.N.I. \_\_\_\_\_

### REVOCACION DE CONSENTIMIENTO

Yo D/Dña \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

**Fdo.: El/la Médico**  
Nº de Colegiado: \_\_\_\_\_

**Fdo.: El Paciente**  
D.N.I. \_\_\_\_\_