hm hospitales

Consentimiento informado para el estudio de alergia a alimentos

Paciente:_____

Fecha: _____ / _____ / _____

INFORMACIÓN

- El estudio de alergia a alimentos consistirá en la realización de pruebas cutáneas y pruebas de tolerancia, además de los estudios de laboratorio disponibles que precise.
- La **prueba de tolerancia** consiste en la administración de cantidades progresivamente crecientes del alimento para constatar que no se producen los síntomas que el paciente atribuye a la ingesta del mismo.
- Estas pruebas no están exentas de riesgo: raramente pueden aparecer complicaciones menores, pero excepcionalmente pueden ser graves hasta el punto de comprometer la vida.
- Las pruebas serán realizadas por un equipo técnico y personal sanitario especializado en las mismas, estando usted protegido continuamente por asistencia médica adecuada.
- Una vez finalizado el estudio, la tolerancia a un determinado alimento no quiere decir que en un futuro más o menos lejano no pueda sensibilizarse al mismo.

Declaraciones y firmas

Declaro que:

- He sido informado de forma comprensible de la naturaleza y riesgos del procedimiento mencionado, así como de sus alternativas.
- Estoy satisfecho con la información recibida; he podido formular todas las preguntas que he creído convenientes, siendo aclaradas todas mis dudas.
- En consecuencia presto voluntariamente mi consentimiento para la realización del estudio, pudiendo, no obstante, revocarlo en cualquier momento.
- En caso de no aceptar el estudio, se me deberá suspender el alimento sospechoso y sus derivados.

Firma del paciente (*o representante legal)*
D.N.I:

Firma del médico
Nº de Colegiado:

*D.*_____

Dr./a: _____

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

D/Dña._____después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi REVOCACIÓN de consentimiento para su realización, prestado en fecha _____, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

En é é é é é é é é é é é é é é é é é é é , a é é é é é é deé é é é é é é é é de é é ...

Firma del paciente (*o representante legal)*
D.N.I:

Firma del médico
Nº de Colegiado: