

5. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

La lesión objeto de la infiltración puede tratarse con medicación antiinflamatoria, reposo relativo o bien con medidas fisioterápicas.

6. DECLARACION DE CONSENTIMIENTO

Yo Don/Dñahe 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 la infiltración de Plasma Rico En Plaquetas.**

En, a de.....de

Fdo. EL/LA DOCTOR A
Nº Colegiado _____

Fdo. EL/LA PACIENTE
D.N.I. _____

REPRESENTANTE LEGAL

Yo, Don/Dña en calidad de..... del paciente he leído la hoja de información que me ha entregado el/la Doctor/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 infiltración de Plasma Rico En Plaquetas.

En, a de.....de

Fdo. EL/LA DOCTOR / A
Nº Colegiado _____

Fdo. EL/LA REPRESENTANTE
D.N.I. _____

7. REVOCACION DE CONSENTIMIENTO

Yo, Dn/Dña **REVOCO** el consentimiento prestado en fecha y declaro por tanto que, tras la información recibida, no consiento en someterme a la infiltración de Plasma Rico En Plaquetas.

En, a de.....de

Fdo. EL / LA DOCTOR / A
Nº Colegiado _____

Fdo. EL / LA PACIENTE
D.N.I. _____