

Documento de consentimiento informado para la aplicación de técnicas de acupuntura y moxibustión

“Conforme a la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica” (41/2002, de 14 de noviembre)

DON/DOÑA

(Nombre y dos apellidos del paciente)

con Nº de Historia de años de edad, con D.N.I. Nº..... y

domicilio en C/.....

DON/DOÑA

(Nombre y dos apellidos)

con D.N.I. Nº..... y domicilio en C/.....

en calidad de:

(Representante Legal) (Familiar) (Allegado)

DECLARO

Que el DOCTOR/A Colegiado Nº.....

(Nombre y dos apellidos del facultativo que proporciona la información)

Me ha explicado de forma clara y precisa, los procedimientos diagnósticos que debe realizar para determinar mi estado de salud, como así mismo, el tratamiento preciso para restablecerla en función de los resultados encontrados, y que básicamente se exponen a continuación:

- 1.- El embarazo, debilitamiento, cansancio y enfermedades de larga evolución podrían contraindicar este tipo de terapia.
- 2.- En el tratamiento se pinchan agujas estériles en puntos adecuados de la piel, pudiéndose producir dolor, moratones, a veces rotura de la aguja; si queda dentro una parte se saca mediante cirugía con anestesia local.
- 3.- Las bajadas de tensión, desvanecimientos, mareos o desmayos serían un efecto secundario a tener en cuenta, aunque serían transitorios. A veces se produce un empeoramiento de los síntomas después de la sesión que es signo de buen pronóstico.
- 4.- Cuando se aplica calor (moxa-*artemisa sinensis*), en la zona tratada, se puede producir un efecto secundario como quemaduras y/o dolor. Por ello, no se utiliza en zonas determinadas (ojos, partes de la cara, genitales) ni en pacientes con alteraciones de la piel.
- 5.- El tratamiento con ventosas puede producir moratones con o sin dolor que en la mayoría de los casos se solucionan de forma espontánea en 4-5 días. En casos muy importantes, la aplicación de pomadas anticoagulantes sería suficiente.
- 6.- La aplicación de una corriente eléctrica en las agujas insertadas en la piel mediante aparatos generadores de ondas diseñados con las normas de calidad de la U.E. (electroterapia), puede provocar dolor tenue o ligeras molestias mientras dura su aplicación.
- 7.- Riesgos personalizados: ante la posibilidad de presentar algún efecto secundario no descrito, se deja libre este apartado con el fin de poderlo reseñar.

8.- El Doctor me ha explicado también la existencia de otras formas de diagnóstico y tratamiento

He comprendido las explicaciones que me ha facilitado el Doctor en un lenguaje claro y sencillo, y me ha permitido realizar todas las observaciones y aclarado todas las dudas 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 estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del diagnóstico y tratamiento.

Y en tales condiciones,

CONSIENTO

Que me realice el mencionado tratamiento según los principios de la M.T.Ch. (Acupuntura y Moxibustión).

En, a de 20.....

Fdo.: EL MEDICO

Fdo.: EL PACIENTE

Fdo.: REPRESENTANTE LEGAL

REVOCACIÓN

DON/DOÑA

(Nombre y dos apellidos del paciente)

con Nº de Historia de años de edad, con D.N.I. Nº..... y domicilio en C/.....

DON/DOÑA

(Nombre y dos apellidos)

con D.N.I. Nº..... y domicilio en C/.....

en calidad de:

(Representante Legal) (Familiar) (Allegado)

Revoco el consentimiento prestado en fecha y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En, a de 20.....

Fdo.: EL MEDICO

Fdo.: EL PACIENTE

Fdo.: REPRESENTANTE LEGAL