

CONSENTIMIENTO INFORMADO FISIOTERAPIA PERINEAL

Paciente
Apellidos :
Nombre:
D.N.I:
Correo electrónico:
Teléfono:
Cómo nos has conocido:

INFORMACION

La Fisioterapia Perineal es una disciplina terapéutica que permite evaluar y tratar disfunciones del suelo pélvico (incontinencia urinaria y/o anal, dolor perineal, prolapso, etc.) y otras de la esfera sexual (dispareunias, vaginismo, etc.) y que especialmente acompañan a la mujer en el postparto, la menopausia y al hombre después de la cirugía de próstata.

EL TRATAMIENTO

Al igual que otras especialidades en fisioterapia, **la fisioterapia perineal** utiliza como tratamiento la **electroterapia, biofeedback, técnicas manuales, masaje perineal, cinesiterapia y técnicas comporta mentales**. Muchos de estos procedimientos son intracavitarios, es decir intravaginales y/o ano/rectales. Deberá ser realizado por fisioterapeutas especializados y con garantías máxima de higiene, estando los electrodos intracavitarios protegidos de forma individual. El tratamiento no garantiza la curación del paciente.

RIESGOS

La mayoría de las técnicas empleadas en fisioterapia perineal no presentan efectos adversos. La electroterapia/electroestimulación puede provocar una sensación de *cosquilleo u hormigueo* que normalmente es bien tolerado por los pacientes. Ocasionalmente puede producir molestia o dolor por fenómenos de hipersensibilidad o mal contacto del electrodo.

EL PACIENTE

Deberá advertir al fisioterapeuta si tiene implantado un marcapasos, sospechas de infección actual o de embarazo, hipertensión arterial o cualquier otro proceso que pueda contraindicar el tratamiento. Demandará de forma verbal cuanta información necesite para entender correctamente su proceso terapéutico. Podrá retirar su consentimiento en cualquier momento del tratamiento.

EL/LA PACIENTE/ DECLARO:

Que he recibido y comprendido la información verbal sobre el tratamiento, pudiendo realizar cuantas preguntas he considerado oportunas.

Que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento. En consecuencia:

DOY MI CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR EL TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA PERINEAL

Firma

DNI

REPRESENTANTE LEGAL

(en caso de incapacidad del paciente)

Nombre

DNI

Parentesco (Padre, Madre, Tutor, etc.)

Firma

EL/LA FISIOTERAPEUTA/DECLARO:

Que he facilitado la información adecuada al/a paciente y he dado respuesta a las dudas planteadas.

Firma

Nombre:

Nº Colegiado:

Al ser la Fisioterapia Perineal una práctica invasiva, es de obligado cumplimiento el consentimiento informado escrito según la vigente legislación (Ley 41/02 art. 8.2) Este documento (CI) está recomendado por la SEFIP.

En cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, por el que se regula el derecho de información en la recogida de datos, le informamos de que sus datos personales serán incorporados a un Fichero de Datos de Carácter Personal, titularidad de **CENTRO DE FISIOTERAPIA Y OSTEOPATIA CIENTIFICA VILADELPRADO, S.L.P.** como Responsable del Fichero, con la finalidad de gestionar los servicios contratados. Para ello, Ud. nos autoriza expresamente al tratamiento de sus datos de salud.

Asimismo, **CENTRO DE FISIOTERAPIA Y OSTEOPATIA CIENTIFICA VILADELPRADO, S.L.P.** garantiza al titular de los datos el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos que le conciernen, debiendo, para ello, dirigirse mediante comunicación escrita a la siguiente dirección: **Calle Monasterio de Santa Maria de Montserrat, 7 47015 Valladolid**. En cualquier caso, el titular de los datos resulta informado y consiente en la conservación de dichos datos bajo las debidas condiciones de seguridad y secreto profesional, por el período que resulte necesario para la finalidad para la que son recabados.

En cumplimiento del artículo 11 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, por la que se regula la cesión o comunicación de datos de carácter personal por parte del Responsable del Fichero a terceros, le informamos de que sus datos personales serán comunicados a los Organismos y Administraciones públicas, a las entidades sanitarias y aseguradoras que corresponda y, si es el caso, a las entidades bancarias necesarias para la gestión del servicio contratado.

No obstante lo anterior, **CENTRO DE FISIOTERAPIA Y OSTEOPATIA CIENTIFICA VILADELPRADO, S.L.P.** garantiza al titular de los datos el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos que le conciernen, debiendo, para ello, dirigirse mediante comunicación escrita a: **CENTRO DE FISIOTERAPIA Y OSTEOPATIA CIENTIFICA VILADELPRADO, S.L.P.**

En cualquier caso, el titular de los datos resulta informado y consiente en la comunicación de dichos datos bajo las debidas condiciones de seguridad y secreto profesional, por el período que resulte necesario para la finalidad para la que son recabados, tratados y cedidos.

Fecha y firma del Paciente: