

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA APLICADA DURANTE LA CRISIS DEL CORONAVIRUS SARS COVID-19

Yo _____ con DNI _____ he requerido voluntariamente los servicios del profesional _____ con número de Colegiado en el Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Castilla y León (CPFCyL) _____.

Dirección” _____

Teléfono _____

Correo e. _____

Por la presente MANIFIESTO PREVIAMENTE:

Que he adoptado las correspondientes medidas de prevención indicadas por las autoridades sanitarias. Acudo al centro con mascarilla y realizaré antes de la intervención todas y cuantas acciones sean requeridas por el personal sanitario.

Que mi estado de salud es óptimo, no habiendo sufrido ningún síntoma compatible con COVID19 en los últimos 14 días, considerado como tal: FIEBRE, TOS, DOLOR DE GARGANTA, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DOLOR DE CABEZA, PÉRDIDA DE OLFATO Y GUSTO, DOLOR MUSCULAR, FATIGA GENERAL, ERUPCIONES CUTÁNEAS ANORMALES.

Que no convivo estrechamente con ninguna persona diagnosticada de COVID19 en los últimos 14 días, ni presenta los síntomas anteriores.

Que, por ser el tratamiento de larga duración y tener por tanto que acudir en el futuro varias veces más al centro para su continuación, me comprometo a poner en conocimiento de los responsables del mismo, si en cualquier momento sufro alguno de los síntomas indicados o los presenta persona con la que convivo estrechamente, para que se interrumpa inmediatamente el tratamiento.

En caso de incumplir cualquiera de estos puntos, debe comunicarlo de forma inmediata al profesional.

Declaro que he leído la información que ha sido explicada en cuanto al consentimiento. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre mi examen, valoración y tratamiento. Firmando abajo consiento que se me aplique el tratamiento que se me ha explicado de forma suficiente y comprensible. Entiendo que tengo el derecho de rehusar parte o todo el tratamiento en cualquier momento. Entiendo mi plan de tratamiento y consiento en ser tratado por un fisioterapeuta colegiado. Declaro no encontrarme en ninguno de los casos de las contraindicaciones especificadas en este documento. Declaro haber facilitado de manera leal y verdadera los datos sobre estado físico y salud de mi persona que pudiera afectar a los tratamientos que se me van a realizar. Asimismo, decido, dentro de las opciones clínicas disponibles, dar mi conformidad, libre, voluntaria y consciente a los tratamientos que se me han informado

En _____, a _____ de _____ de 20 _____

FIRMA

AUTORIZACIÓN DEL FAMILIAR O TUTOR:

Ante la imposibilidad de D/Dña _____ con DNI _____ de prestar autorización para los tratamientos explicitados en el presente documento de forma libre, voluntaria y consciente: D/Dña _____ con DNI _____. En calidad de (padre, madre, tutor legal, familiar, allegado, cuidador) decido, dentro de las opciones clínicas disponibles, dar mi conformidad libre, voluntaria y consciente para los tratamientos explicitados en el presente documento.

En _____, a _____ de _____ de 20 ____

FIRMA

FISIOTERAPEUTA: D/Dña: _____ con DNI _____ Fisioterapeuta de la Unidad de Fisioterapia de (Hospital/Centro de Salud/gabinete) _____ de (Ciudad) _____, declaro haber facilitado al paciente y/o persona autorizada, toda la información necesaria para la realización de los tratamientos expuestos en el presente documento y conforme lo manifestado por el paciente, habiendo efectuado yo las advertencias sobre las consecuencias en caso de falsedad de la misma, reúne todos los requisitos anteriores mencionados, así como haber tomado todas las precauciones necesarias para que la aplicación de los tratamientos sea la correcta.

En _____, a _____ de _____ de 20 ____

FIRMA

ANEXO LEY ORGÁNICA DE PROTECCIÓN DE DATOS

En aras a dar cumplimiento al Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, y siguiendo las Recomendaciones e Instrucciones emitidas por la Agencia Española de Protección de Datos (A.E.P.D.), SE INFORMA: Los datos de carácter personal solicitados y facilitados por usted, son incorporados un fichero de titularidad privada cuyo responsable y único destinatario es _____. Solo serán solicitados aquellos datos estrictamente necesarios para prestar adecuadamente los servicios solicitados, pudiendo ser necesario recoger datos de contacto de terceros, tales como representantes legales, tutores, o personas a cargo designadas por los mismos. Todos los datos recogidos cuentan con el compromiso de confidencialidad, con las medidas de seguridad establecidas legalmente, y bajo ningún concepto son cedidos o tratados por terceras personas, físicas o jurídicas, sin el previo consentimiento del cliente, tutor o representante legal, salvo en aquellos casos en los que fuere imprescindible para la correcta prestación del servicio. Una vez finalizada la relación entre la empresa y el cliente los datos serán archivados y conservados, durante un periodo tiempo mínimo de _____, tras lo cual seguirá archivado o en su defecto serán devueltos íntegramente al cliente o autorizado legal. Los datos que facilito serán incluidos en el Tratamiento denominado Clientes de _____ con la finalidad de gestión del servicio contratado, emisión de facturas, contacto..., todas las gestiones relacionadas con los clientes y manifiesto mi consentimiento. También se me ha informado de la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, indicándolo por escrito a _____ con domicilio en _____. Los datos personales sean cedidos por _____ a las entidades que prestan servicios a la misma.

ADENDA: en caso de datos relacionados con covid19 se advierte la disponibilidad de los mismos a petición de autoridades sanitarias y CCFSS del Estado.

En _____, a _____ de _____ de 20 ____

FIRMA