**1. ¿Qué es?**

*Explicar brevemente el procedimiento y para qué se realiza.*

**2. ¿Cómo se realiza?**

* *Indicar preparación previa si se requiere.*
* *Explicar la técnica del procedimiento.*
* *Añadir imagen si procede*
* *Señalar los posibles síntomas que pueden aparecer durante su realización.*
* *Presentación de situaciones especiales que requieran una actuación especial.*
* *Posibilidad de la utilización de técnicas anestésicas/analgésicas en cuyo caso se le informará previamente.*
* *Instrucciones básicas a seguir tras la realización del procedimiento.*

**3. ¿Cuáles son sus riesgos?**

*Separar en dos apartados, sin necesidad de indicar porcentajes de frecuencia:*

* + - * *Frecuentes (indicar, si procede, leves/graves):*
			* *Infrecuentes (indicar, si procede, leves/graves):*

**4. Consecuencias previsibles de su realización:**

**5. Consecuencias previsibles de su no realización:**

**6. Alternativas**

*Explicar las otras técnicas existentes y justificar la elección del procedimiento en cuestión.*

**7. Riesgos en función de su situación**:

**Recuerde que debe informar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales**

**DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

|  |
| --- |
| **DATOS PACIENTE** |
| APELLIDOS | NOMBRE |
| DNI | Nº SIP | FECHA DE NACIMIENTO |
| **DATOS REPRESENTANTE LEGAL** |
| APELLIDOS | NOMBRE | DNI | FECHA NACIMIENTO | EN CALIDAD DE |
| **DATOS PROFESIONAL** |
| APELLIDOS | NOMBRE | CATEGORÍA PROFESIONAL | NÚM. COLEGIACIÓN |

**AUTORIZACIONES:**

**Declaro que se me ha explicado el procedimiento**. **He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.**

**Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento y que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato.**

**⬜ AUTORIZO LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO ⬜ NO AUTORIZO**

**⬜ AUTORIZO LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS ⬜ NO AUTORIZO**

Paciente / su representante. Profesional sanitario Firma: Firma:

 **REVOCACIONES:**

**⬜ REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO prestado en fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**⬜ REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS prestado en fecha \_\_\_\_\_\_\_\_**

Paciente / su representante. Profesional sanitario Firma: Firma:

**RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN:**

Expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello impida que pueda dar mi consentimiento para la realización de este procedimiento, tal como he firmado en el apartado anterior.

Paciente / su representante. Profesional sanitario

Firma: Firma:

*En caso de no convivencia de los cónyuges con patria potestad compartida, deberán firmar padre y madre, en caso contrario el progenitor que la ostenta. Los datos de carácter personal serán tratados atendiendo a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de datos personales y garantía de los derechos digitales*