



**RIESGOS PERSONALIZADOS:**

- No tiene en el momento actual.
- Tiene los siguientes en relación con el estado previo de salud, edad, profesión, etc.:.....

**Declaro que:** He sido **informado/a** de forma comprensible de la naturaleza y riesgos de la intervención, así como de otras **alternativas** al tratamiento. Estoy **satisfecho/a** con la información recibida. He podido formular todas las preguntas que he creído convenientes y me han sido aclaradas todas mis dudas. Sé que podré ampliar información en cualquier momento y revocarlo si lo deseo.

En consecuencia, **doy mi consentimiento** al Servicio de Cirugía Vasculardel Hospital Central de la Cruz Roja para la realización de la intervención propuesta.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del **representante legal**, en caso de incapacidad del paciente, indicando el carácter con el que interviene (padre, madre, tutor, etc.): .....  
En calidad de.....autorizo la realización del procedimiento mencionado.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ D.N.I. \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE DATOS PERSONALES CON FINALIDAD CIENTÍFICA, DOCENTE Y DE INVESTIGACIÓN:** De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, presto mi autorización para la utilización de mis datos de carácter médico en las siguientes condiciones y con la finalidad manifestada:  
**“Autorizo** a que mis datos clínicos y analíticos, pruebas de imagen y muestras biológicas (si las hubiera), puedan ser utilizadas de manera anónima con fines científicos, docentes y de investigación”.

**Firma del paciente o Representante legal** (en caso de menor o incapacitado)  
 Fdo.: D/Dª \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_ Madrid, a de \_\_\_\_\_ 201\_

**Médico Dr./Dra:** .....

He informado a este/a paciente, y/o a su representante legal, del propósito y naturaleza del procedimiento descrito, sus riesgos y alternativas, y de las consecuencias previsibles de su no realización, dejando constancia en la Historia Clínica. Asimismo, se le preguntó sobre posibles alergias, la existencia de otras enfermedades o cualquier otra circunstancia patológica personal que pudiera condicionar la realización de la exploración/intervención. Se incorpora este documento a la Historia Clínica del paciente.

En Madrid, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Firma: ..... Nº colegiado: .....

**NEGATIVA DEL PACIENTE A LA REALIZACIÓN**

**REVOCACIÓN DE LA DECISIÓN POR EL PACIENTE**

En Madrid a, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

**Firmas:** \_\_\_\_\_ (Paciente):.....

El/la médico, Dr/Dra..... Nº colegiado: .....

Podrá ejercitar en cualquier momento los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos recopilados y archivados. Para el ejercicio de estos derechos deberá dirigirse al Servicio de Atención al Paciente, en donde será informado/a de manera detallada de la forma de hacerlos efectivos.