

DOCUMENTO COMPLEMENTARIO AL CONSENTIMIENTO INFORMADO DE FISIOTERAPIA DURANTE LA CRISIS SANITARIA DEL COVID-19

El presente documento sirve para que usted, o quien le represente, por voluntad propia y debidamente informado, otorgue su consentimiento para recibir tratamiento de fisioterapia, siendo consciente de que se adoptarán las medidas de prevención de contagio de la enfermedad y de seguridad e higiene personales para poder mantener contacto con el profesional sanitario (tanto por el profesional como por el paciente).

Además, manifiesta que ha facilitado al fisioterapeuta toda la información sobre su estado actual de salud, sobre todo, en lo que se refiere a no tener ningún tipo de síntoma o sospecha de estar afectado por la infección de COVID-19, ni haber estado en contacto con personas afectadas o sospechosas (indicar si presenta alguno de los síntomas y signos que se indican a continuación):

- *Fiebre*
- *Tos*
- *Escalofríos*
- *Dolor de cabeza*
- *Dolor de garganta*
- *Dolor muscular generalizado*
- *Dificultad para respirar (sensación de falta de aire)*
- *Temblores/escalofríos que no ceden*
- *Pérdida reciente del olfato o gusto*



Si usted se encuentra en alguna de las anteriores circunstancias deberá comunicarlo al fisioterapeuta.

El fisioterapeuta Sr./Sra. _____ **ha tomado las medidas exigibles para prevenir todo tipo de contagios** y, del mismo modo, el fisioterapeuta le informa que no presenta ninguno de los síntomas anteriormente citados, **y así lo constata el/la paciente _____, de forma que le exonera de cualquier tipo de consecuencia que se pueda derivar del tratamiento asistencial, siempre que no sea fruto de la mala praxis profesional.** El paciente es conocedor del alto riesgo de contagio por la propia naturaleza de los tratamientos fisioterapéuticos, dado que implican un contacto directo y cercano con el paciente y no se puede garantizar un riesgo nulo de transmisión, aun usando todos los medios de protección disponibles.

Los datos obtenidos serán tratados con la máxima confidencialidad y rigor científico, reservándose su uso para trabajos de investigación siguiendo el método científico exigido en cada caso, acatándose la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de protección de datos de Carácter Personal (LOPD).

DOCUMENTO COMPLEMENTARIO AL CONSENTIMIENTO INFORMADO DE FISIOTERAPIA DURANTE LA CRISIS SANITARIA DEL COVID-19

D/Dña. _____ en calidad de paciente o, en su defecto,
D/Dña. _____ con DNI nº _____, como
representante y /o tutor/a del paciente, mayor de edad, en pleno uso de mis
facultades mentales, confirmo que:

- **Declaro** que he sido informado de los riesgos de contagio dada la naturaleza de la práctica fisioterápica, a pesar del seguimiento de las normas de seguridad por parte del fisioterapeuta y que he informado al fisioterapeuta de no presentar síntomas ni sospecha de infección por COVID-19, así como el fisioterapeuta me ha informado que tampoco él presenta síntomas ni sospecha de infección.

- Estoy **satisfecho** con la información recibida (de forma verbal y por este documento escrito). He podido formular todas aquellas preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.

En consecuencia, **doy mi consentimiento.**

Firma paciente/representante y/o tutor/a:

Firma del fisioterapeuta:

Fecha:

Nº colegiado/a:

Revocación:

He decidido revocar mi anterior autorización y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha finalizado.

Nombre: _____ DNI: _____

Firma: