

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE INTERVENCIÓN EN ARBORE DA VIDA CELTA S. COOP. GALEGA Y PROTECCIÓN DE DATOS.

**Por favor lea atentamente éste documento y si tiene alguna duda
estamos para ayudarle. Gracias.**

- **Concepto general de Fisioterapia:** tratamiento de la persona para evaluar, impedir, corregir, aliviar y limitar o disminuir la incapacidad física, alteración del movimiento, funcionalidad y postura, así como el dolor que se deriven de los desórdenes, congénitos y de las condiciones del envejecimiento, lesión o enfermedad. La fisioterapia tienen como fin más significativo restaurar las funciones físicas perdidas o deterioradas. Utiliza como tratamiento los agentes y medios físicos como el movimiento, el masaje o manipulación de los tejidos y las articulaciones, el calor, el frío etc.
- **Terapias complementarias o alternativas:** se pueden definir como el empleo de procedimientos que buscan regular, estimular o potenciar el equilibrio natural propio del cuerpo, con un enfoque claramente biológico. **Entre ellas en nuestra clínica se realiza: kinesiología, acupuntura, masaje, osteopatía biodinámica e hidroterapia del colon.**
- En ningún caso realiza un diagnóstico médico.
- Éstas terapias **no sustituyen los tratamientos médicos** a los que pueda estar sometido el usuario-a/paciente. Arbore da Vida Celta S. Coop. Galega queda exenta de cualquier responsabilidad derivada del usuario-a/paciente a la hora de dejar de forma voluntaria cualquier tratamiento médico al que se encuentre sometido.
- En todo caso el usuario **tiene derecho a una consulta de valoración gratuita** en la cual se le informará de forma detallada de todas las dudas que puedan presentarse para que pueda tomar una decisión de forma imparcial sobre si realizar o no la terapia indicada.

Riesgos:

- La fisioterapia tiene muy pocos riesgos, los mayores peligros son su incorrecta indicación y su mala ejecución. con el ejercicio es posible experimentar dolor muscular en los primeros tratamientos.
- Acupuntura: molestias locales en el lugar de la punción, ceden en pocos minutos, pequeños hematomas en la zona de punción,
- La osteopatía biodinámica y la kinesiología no acarrearán riesgos ni lesiones de ningún tipo.
- Masaje terapéutico o deportivo; Un posible efecto secundario de la terapia de masaje es el dolor muscular temporal, dolor o malestar.
- Hidroterapia de colon: pequeñas molestias en el intestino o evacuaciones frecuentes a lo largo del día después de la sesión de hidroterapia. Ambas desaparecen en unas horas.

Contraindicaciones generales:

Fisioterapia; Tumores malignos, tuberculosis, trombosis o hemorragias activas, pacientes que puedan propagar algún tipo de infección debido a la patología que sufren, enfermedades agudas con fiebre.

- En raros casos, la terapia de masaje puede provocar coágulos sanguíneos, hematomas y hemorragias internas. Por esta razón, el masaje debe ser evitado cuando haya una enfermedad presente que aumente el riesgo de coágulos de sangre, o en pacientes con presión arterial alta no controlada, trastornos de recuento de plaquetas de bajo sanguíneo, enfermedades del corazón y en aquellos que toman medicamentos anticoagulantes. El masaje nunca debe realizarse en zonas en las que hay una fractura, herida abierta, infección o tumor.
- Hidroterapia del colon, **No puede realizarse en los siguientes casos:**
 - Tras hemorragias importantes, sobre todo en zona abdominal
 - Necrosis por irradiación abdominal
 - Patologías intestinales agudas ; eje. Crohn , úlceras sangrantes, etc...
 - Estados hemorroidales importantes.
 - Úlceras y sospecha de perforación digestiva
 - Alteraciones cardíacas graves
 - Intervenciones quirúrgicas recientes sobre el abdomen, eje. Una cesárea, etc..
 - Hipertensión arterial grave
 - Después de un mes de embarazo
 - Hernias abdominales.

Consideraciones generales de los tratamientos:

El paciente está obligado a revelar todos los datos médicos personales para la buena elección de la técnica por parte del terapeuta y sería conveniente que expresara sus problemas emocionales para la correcta elaboración del tratamiento.



Don doña..... , mayor de edad y

con DNI

Don doña..... , como tutor legal de :

..... y

con DNI

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. Firmado abajo consiento que 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 o terapeuta de terapias alternativas que trabaje en éste centro. Entiendo que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento del tratamiento.

Declaro no encontrarme en ninguna de los casos de las contraindicaciones especificadas en éste documento.

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.

Vigo/Covelo a..... de..... de 201.....

Fdo.....

AUTORIZACION AL TRATAMIENTO DE DATOS

FECHA DE ALTA		CÓDIGO DEL PACIENTE	
DATOS DEL PACIENTE			
NOMBRE Y APELLIDOS			
TELEFONO	MOVIL	FECHA NACIMIENTO	
PADRE /MADRE/ TUTOR			DNI/CIF

De acuerdo con el artículo 5 de la **Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD)** que regula el derecho de información en la recogida de datos de carácter personal, los datos suministrados directamente por el interesado o por un tercero, entrarán a formar parte de ficheros automatizados y/o manuales inscritos en la Agencia Española de Protección de Datos.

La finalidad de dichos ficheros es la de gestionar las Historias Clínicas de los pacientes, con el fin principal de facilitar la asistencia sanitaria, dejando constancia de todos aquellos datos que bajo criterio médico, permitan el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud de los mismos. Asimismo, en casos concretos, poder facturar los servicios prestados, ya sea al cliente directamente, o a su compañía de asistencia sanitaria.

Los datos proporcionados por el paciente o un tercero podrán ser utilizados para fines de salud pública, de investigación o de docencia. Para garantizar la confidencialidad del paciente, su tratamiento se registrará por la normativa especificada en el **RD 1720/2007** que desarrolla la LOPD

Las cesiones de datos con la finalidad de gestionar correctamente los servicios ofrecidos o cualquier otra finalidad de índole ajena al tratamiento sanitario, están legalmente previstas y reguladas por el correspondiente contrato que garantiza la confidencialidad de dichas cesiones, las cuales son imprescindibles.

Puede ejercitar sus derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición, a través de un escrito (adjuntando fotocopia del DNI) dirigido a la dirección arriba indicada.

COOPERATIVA

En VIGO, a _____ de _____ de 20 __

Firma del PACIENTE / PADRE / MADRE ó TUTOR LEGAL