**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**EXPLICACIÓN DE LA TERAPIA / TRATAMIENTO**

Xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx......

Xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx.......

**1. PROCEDIMIENTO**

Xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

**2. ¿QUÉ PUEDE ESPERAR DEL TRATAMIENTO?**

Xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

**3. DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS TÍPICOS**

Xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

**4. OTRAS CONDICIONES (formas de pago, ausencia en las sesiones, …)**

Xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

**5. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO**

 En.........................., a ................ de .................... de.........

 ☐ **PACIENTE**

Yo, D/Dña ........................................................................................., con DNI núm...................................

He leído la hoja de informativa que me ha sido entregada. He comprendido las explicaciones que se me han facilitado y se me han aclarado todas las dudas y preguntas que he planteado. También comprendo que, en cualquier momento, y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por ello, manifiesto que me considero satisfecho/a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este procedimiento.

Declaro haber facilitado con sinceridad y veracidad todos los datos sobre mi estado físico y de salud de mi persona, que pudieran afectar a los tratamientos que me van a realizar Y en tales condiciones, CONSIENTO que se me realice el tratamiento xxxxxxxxxxxxxxx.

Fdo.: El/La paciente

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

 ☐ **REPRESENTANTE LEGAL**

Yo, D/Dña..................................................................................., con DNI núm. ..........................., en calidad de ..................................... de D/Dña. ....................................................................................., con DNI núm. ............................................

He leído la hoja de informativa que me ha sido entregada. He comprendido las explicaciones que se me han facilitado y se me han aclarado todas las dudas y preguntas que he planteado. También comprendo que, en cualquier momento, y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por ello, manifiesto que me considero satisfecho/a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este procedimiento.

Declaro haber facilitado con sinceridad y veracidad todos los datos sobre el estado físico y de salud del tutelado, que pudieran afectar a los tratamientos que le van a realizar y en tales condiciones, CONSIENTO que se le realice el tratamiento xxxxxxxxxx.

Fdo.: El/La Representante legal

**TERAPEUTA**

Yo, D/Dña .............................................................................., con DNI núm..............................

Terapeuta xxxxxxxxxxx, declaro haber facilitado al paciente y/o al representante legal toda la información necesaria para la realización de los tratamientos xxxxxxxxx indicados en el presente documento y declaro haber tomado todas las precauciones necesarias para su correcta aplicación.

Fdo: El/La terapeuta