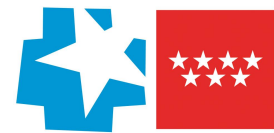




ODELEY Corp.



SaludMadrid

CONSULTA PRIVADA

Teléfono: +34 650 060 060

odeley@odeley.us

www.odeley.com

**DR. PABLO ODELEY**

**PUENTE FUMERO**

*Medical Centre*

Calle Covarrubias 22, Madrid 28010

---

CONSENTIMIENTO INFORMADO

---

Nombre del Paciente:

F.Nacimiento:

Sexo:

DNI:

*En este acto médico, el(la) doctor(a)     Pablo Odeley Puente Fumero     previo análisis de mis antecedentes, datos de la historia clínica y del examen físico, me ordenará exámenes diagnósticos para aclarar el problema por el cual consulté. Posteriormente me hablará del(los) tratamiento(s) o procedimiento(s) que considere idóneos para tratar de solucionarlo o aliviarlo y de los riesgos previsibles de éstos.*

*Entiendo que si no informo adecuadamente y con la verdad todos los datos necesarios, se pueden ocasionar confusiones en el diagnóstico o errores en la selección de los tratamientos, sin que estos resultados sean atribuibles al médico. Así como si decido no realizar los exámenes diagnósticos ordenados, o no cumplo los tratamientos ordenados y/o no acepto las intervenciones sugeridas por mi médico tratante, pueden presentarse reacciones adversas, ajenas al actuar de mi médico, sin que ello signifique pérdida de mis derechos a la atención profesional posterior.*

*Firma* \_\_\_\_\_

*Fecha:* \_\_\_\_\_

Via Web en:

