



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN LA CRISIS SANITARIA DEL COVID-19, COMPLEMENTARIO AL CONSENTIMIENTO ESPECÍFICO DE LA TÉCNICA DE FISIOTERAPIA APLICADA.

D/Dña. _____, con
DNI _____, por la presente solicito del fisioterapeuta colegiado/a D./Dña.
_____ nº col. _____ la prestación de sus servicios
profesionales.

Dada la situación de alarma decretada por el Gobierno del Estado en el marco de la crisis sanitaria del COVID-19, como paciente/usuario soy consciente de que adoptaré las medidas de prevención de contagio de la enfermedad y de seguridad e higiene personales, para poder mantener contacto con el profesional sanitario.

Además, manifiesto que he facilitado al fisioterapeuta toda la información sobre mi estado actual de salud, sobre todo en lo que se refiere a no tener ningún tipo de síntoma o sospechas 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):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fiebre | <input type="checkbox"/> Dolor muscular |
| <input type="checkbox"/> Tos | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar (sensación de falta el aire) | <input type="checkbox"/> Dolor de garganta |
| <input type="checkbox"/> Escalofríos | <input type="checkbox"/> Pérdida reciente del olfato o el gusto |
| <input type="checkbox"/> Temblores y escalofríos que no ceden | |



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

El fisioterapeuta D/Dña. _____ ha tomado todas las medidas exigibles para prevenir todo tipo de contagios, 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 sean 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.



Información básica sobre Protección de datos

De acuerdo con lo establecido por el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, y de la Ley 3/2018 de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales le informamos que los datos personales aportados serán tratados por D./Dña. _____, con domicilio en _____ (España).

Finalidad: Los datos aportados por usted son necesarios para la realización del cuestionario para la prevención de la salud en paciente y fisioterapeutas del Centro Sanitario en relación con la epidemia de COVID-19.

Legitimación: Los intereses legítimos del Responsable del Tratamiento para realizar el tratamiento de sus datos son:

- a. **Misión en Interés público:** Prevención en la propagación de la epidemia COVID-19, tanto al personal propio como a la población en bien del interés público en general; medidas publicadas en el Real Decreto 465/2020, de 17 de marzo, por el que se modifica el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.
- b. **Cumplimiento de una obligación legal:** Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales.

Destinatarios: Sobre los destinatarios de los datos, están previstas posibles cesiones de datos a: Entidades sanitarias; Fuerzas y Cuerpos de la Seguridad; Organismos de la Seguridad Social.

Derechos: Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, indicados en la información adicional, que puede ejercer dirigiéndose a la dirección _____@_____ (España).

Procedencia: Los datos proceden del propio interesado o su representante legal.

Y para que así conste, y en prueba de conformidad y de haber entendido la información facilitada por el fisioterapeuta y habiendo aclarado las dudas que le he planteado, firma el presente documento.

En _____, a _____ de _____ de 2020.

Firma: