

## Área de Gestión Clínica de Salud Mental

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO CON .....

- FUERA DE FICHA TÉCNICA  
 POR OTROS MOTIVOS

Número de Historia:

.....

Don/Doña: ..... de ..... años edad  
*(Nombre y dos apellidos de El/La Paciente)*

con domicilio en: ..... y D.N.I. ....

Don/Doña: ..... de ..... años edad  
*(Nombre y dos apellidos del representante legal en caso de*

con domicilio en: ..... y D.N.I. ....

en calidad de ..... de Don/Doña: .....  
*(Representante legal: padre, madre, tutor, ..... (Nombre y dos apellidos de El/La Paciente)*

**DECLARO:**

**QUE EL/LA DOCTOR/A** .....  
*(Nombre y dos apellidos del facultativo que proporciona la información)*

Me ha explicado que en mi situación:

**DIAGNOSTICO:**

.....

**TRATAMIENTOS PREVIOS:**

.....

Es conveniente proceder al **TRATAMIENTO CON;**

.....

**Por los siguientes motivos:**



**Declaro** que he sido informado verbalmente y por escrito sobre los beneficios y posibles perjuicios que podría suponer comenzar el tratamiento con ..... para el curso de mi enfermedad, mi bienestar y salud en los supuestos generales y en mi caso concreto, de los detalles prácticos para el cumplimiento del tratamiento que se me prescribe, incluyendo dosis y horas en que debo realizar las tomas correspondientes, de los riesgos personalizados y me han respondido a todas las preguntas que he hecho, habiendo entendido y estando satisfecho/o con todas las explicaciones y aclaraciones recibidas sobre las mismas.

De conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los Derechos digitales, se informa que los datos que facilite a los Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias serán incorporados a un fichero para ser tratados con la finalidad de prestar el servicio y realizar las intervenciones que del mismo se deriven. Sólo podrán ser cedidos a organismos autorizados. Podrá ejercer el derecho a acceso, cancelación, rectificación y oposición en la Gerencia del Área.

### CONSIENTO

Que se me realice el procedimiento/tratamiento de .....

En ..... a ..... de ..... de ..... (LUGAR Y FECHA)

Fdo.: EL/LA MÉDICO

Fdo.:EL/LA PACIENTE

EL/LA REPRESENTANTE LEGAL  
(Si procede)



## REVOCACIÓN

---

Don/Doña: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años edad  
*(Nombre y dos apellidos)*

con domicilio en: \_\_\_\_\_ D.N.I. \_\_\_\_\_

Don/Doña: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años edad  
*(Nombre y dos apellidos del representante legal en caso de*

con domicilio en: \_\_\_\_\_ D.N.I. \_\_\_\_\_

en calidad de \_\_\_\_\_ de Don/Doña: \_\_\_\_\_  
*(Representante legal: padre, madre, tutor, (Nombre y dos apellidos de El/La Paciente)*

**REVOCO** el consentimiento prestado en fecha ..... y no deseo proseguir el tratamiento propuesto, que doy con esta fecha por finalizado:

En ..... a ..... de ..... de ..... (LUGAR Y FECHA)

Fdo.: EL/LA MÉDICO

Fdo.: EL/LA PACIENTE

EL/LA REPRESENTANTE LEGAL  
(Si procede)