

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INFILTRACIÓN PARA VERTEBRAL CERVICAL

Copyright © Aepromo, abril 2018  
All rights reserved

**Nota Bene:** Los consentimientos informados redactados por AEPROMO son guías que pone a disposición de todos sus asociados, con el ánimo de que sean utilizados por los profesionales cuando aplican la ozonoterapia, adaptándolos a las situaciones específicas de cada paciente. Aepromo recomienda a todos sus asociados que siempre el consentimiento informado específico sobre la ozonoterapia, escrito y debidamente firmado por el paciente o su representante legal, sea parte integrante de su historia clínica.

Es al profesional de la salud (en España: médicos, odontólogos, veterinarios y podólogos - en las áreas para las cuales su profesión y legislación vigente se los permite; en otros países dependiendo de su legislación) a quien le compete, con sus estudios, conocimientos y experiencia, asumir profesionalmente cómo aplica la ozonoterapia con sus pacientes. Los protocolos redactados por AEPROMO pueden ser consultados en la sección correspondiente de esta “zona socios” de la página web.

AEPROMO apoya y promueve la Declaración de Madrid sobre la Ozonoterapia, ISCO3, 2ª. ed., 2015, 50 páginas.

<http://aepromo.org/declaracion-de-madrid-sobre-ozonoterapia-2a-edicion/>

AEPROMO hace el esfuerzo para que los consentimientos informados estén actualizados y por ello hace un llamado a todos sus asociados para que con sus aportes, sugerencias, experiencias y conocimientos se puedan ir mejorando.

Para más información sobre los consentimientos informados leer “Consentimiento informados – Información General” en esta misma sección.

He sido debidamente informado/a verbalmente y por escrito sobre la práctica de la oxígeno-ozono-terapia y he comprendido claramente que:

- El ozono es un gas derivado del oxígeno medicinal, producido in situ por un equipo testado y aprobado por la CE con clasificación IIb.
- Todo el material utilizado es desechable y elaborado según las directivas ministeriales.
- Es una terapia complementaria a la terapia farmacológica y quirúrgica.
- No substituye ni interrumpe terapia farmacológica ni quirúrgica en curso.
- No es resolutiva de la enfermedad que actualmente me afecta.
- No se puede garantizar ni prever el porcentaje de resolución de mi enfermedad.
- Las contraindicaciones para la aplicación de esta terapia son: Favismo, infarto agudo de miocardio reciente, trastornos de la coagulación.

- El procedimiento pretende mejorar el proceso degenerativo de la articulación y paliar el dolor que le afecta. Esta terapia no es curativa.
- El procedimiento consiste en la infiltración facetaria paravertebral de las cervicales C....., a 1,5 cm de la apófisis espinosa y de puntos gatillo de espalda alta con la mezcla oxígeno-ozono, al ritmo de dos sesiones por semana.
- Las concentraciones y dosis de oxígeno-ozono que se usan, son acordes a la Declaración de Madrid sobre la Ozonoterapia, Isco3, 2ª. ed., 2015.
- Sentiré sensación de ocupación y pesadez en la zona que durará unos 3 días.
- La infiltración local de ozono provoca a veces dolor intenso que cede espontáneamente de forma rápida (10-15) min.
- La infiltración local puede provocar pequeños hematomas que se reabsorben espontáneamente, como también pequeño sangramiento del punto infiltrado que también se resuelve espontáneamente en pocos minutos.
- Toda la modalidad del tratamiento de oxígeno-ozonoterapia se realiza por personal médico especializado y acreditado en esta terapia.
- He sido informado/a verbalmente y por escrito por parte del médico de otras alternativas terapéuticas así como de los posibles riesgos a los que me expongo.
- Puedo ejercer el derecho de suspender o revocar por escrito la terapia en cualquiera de sus fases.

Paciente	Consiento y autorizo a Dr. .... Colegiado No. .... que me instaure el tratamiento de Oxígeno-Ozonoterapia mediante infiltración paravertebral cervical.	
	Nombre y apellidos:	
	DNI (Documento Nacional de Identidad):	
	Lugar y fecha:	Firma: