9 ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE SOBRE INMOVILIZACIÓN TERAPÉUTICA

D. /Dª _____ con DNI_____

Ingresado en la planta _____ del Hospital _____

del SESCAM.

Declara, que acepta ser inmovilizado en una habitación preparada a tal efecto, como parte de las medidas terapéuticas acordadas con los médicos que me atienden. Se me han explicado detalladamente las indicaciones de este procedimiento, sus fundamentos y objetivos que se persiguen en mi situación actual, así como la existencia de otras terapias diferentes a ésta. Acepto la limitación de movimientos voluntariamente que finalizará cuando médicamente se considere o yo lo solicite voluntariamente.

En, _____ a _____ de _____ de _____

FDO: _____