

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO CON TOXINA BOTULINICA
EN PACIENTES CON DISTONIA CERVICAL.**

D./Dña _____
con DNI _____, mayor de edad, en pleno uso de mis facultades mentales
manifiesto que he sido informado satisfactoriamente por el Dr./Dra. _____
_____, médico especialista en Neurología, de los
siguientes puntos: qué es, cómo se realiza, para qué sirve, los riesgos existentes, posibles molestias o
complicaciones y alternativas de tratamiento.

Si surgiese alguna situación imprevista urgente, que requiriese la realización de algún
procedimiento distinto de los que he sido informado autorizo al equipo médico para realizarlo.

Declaro que he sido amplia y satisfactoriamente informado de forma oral, he leído este
documento, he comprendido y estoy conforme con las explicaciones del procedimiento, que dicha
información ha sido realizada y doy mi consentimiento para que se proceda a la realización de dicho
procedimiento diagnóstico o quirúrgico. (Art. 10.6 Ley General de Sanidad).

Asimismo estoy informado de la posibilidad de retirar el consentimiento, tras manifestarlo por
escrito y entregarlo al equipo médico que atiende al paciente.

Y para que así conste, entrado y conforme, firmo el presente original

En _____ a _____ de _____ de 20__

Firma del paciente/representante

Firma del médico