


RESPIRAR El Portal sobre el Asma en Niños y Adolescentes área en español para profesionales sanitarios		Documento elaborado el 15 de Diciembre de 2005. Visite www.respirar.org para nuevas versiones y advertencias de uso de esta información
--	---	--

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TUTOR LEGAL

realización del prick test

Centro asistencial

Nombre y apellidos del niño-adolescente

Nombre y apellidos del tutor legal que firma

Tutor legal

- 1.-Por favor lea atentamente este documento.
- 2.-Si tiene alguna duda o quiere más información, puede preguntarle al médico ahora.
- 3.-Por favor compruebe que toda la información de este documento es correcta y si es así firme en el lugar indicado

- Soy el padre/madre/tutor legal (tachar lo que no proceda) de

- Estoy de acuerdo en que se le practique a este un prick test. Este consiste en colocar una gota de cada reactivo en la piel y luego atravesar dicha gota con una lanceta, introduciendo en la piel una parte mínima de dicha gota. Todo ello me ha sido explicado correctamente, y en un lenguaje comprensible para mí, por el médico firmante. Se me ha indicado que tiene nulos o mínimos efectos secundarios y que el riesgo vital es menor de 1 por cada dos millones de pruebas.
- Declaro que el niño-adolescente está sin síntomas en la actualidad.
- Autorizo la toma de fotografías de la zona, con fines de registro, clínicos o docentes, garantizando en caso de estos últimos el anonimato.

firma fecha

Médico

He explicado la técnica del prick al padre/madre/tutor legal (tachar lo que no proceda) arriba firmante, con palabras y términos comprensibles para este.

considero que ha sido adecuadamente informado y ha aceptado

nombre

firma fecha