



CONSENTIMIENTO INFORMADO ELECTRODIAGNÓSTICO
A-TIC-HC-MA-001-PR-003-FO-012 V1 31-01-2022

- **Propósito y beneficio de la Prueba**

Su médico tratante ha ordenado un examen de electro diagnóstico, indicado como apoyo para establecer el diagnóstico de ciertas enfermedades neurológicas y musculares. En CECIMIN SAS, dichas pruebas son realizadas e interpretadas por médicos especialistas en Medicina Física y Rehabilitación, con el debido entrenamiento certificado para ello.

- **Descripción del Procedimiento**

Para la realización de la prueba de electro diagnóstico usted experimentará una sensación de corriente eléctrica de intensidad variable, ésta es permanentemente controlada por el médico especialista que realiza el procedimiento. Para la prueba de Electromiografía es utilizado un electrodo tipo aguja desechable, el cual es colocado en músculos superficiales, en tronco, extremidades y si está indicado en cara. Durante dicho procedimiento, el médico estará dispuesto a aclarar todas las inquietudes que usted tenga al respecto.

- **Posibles Riesgos y Complicaciones**

1. Hematoma local, celulitis (muy raro) y sangrado leve o infección.
2. En caso de presentar alteraciones en la coagulación, o tomar medicamentos anticoagulantes, debe advertir al médico que realizará el examen.

Otras complicaciones específicas: _____

- **Entrega de resultados**

Ninguno de los estudios realizados representa riesgo alguno para su salud y se puede realizar en menores de edad, pacientes con antecedente de cirugías y personas con dispositivos como marcapasos, prótesis e implantes.

Al finalizar su procedimiento realizado, el especialista entregará un informe escrito, especificando el examen realizado y los resultados obtenidos, cuyo reporte que debe ser llevado a su médico tratante.

Yo, _____ Identificado (a) con Documento de Identidad número _____ de _____ autorizo al Doctor(a) del Servicio de Electro diagnóstico de CECIMIN SAS, para realizar las pruebas _____

En mí o en el usuario _____. Declaro que he leído el documento (o que se me ha leído) el documento que contiene información sobre el propósito y beneficio de dichas pruebas para electro diagnóstico, su interpretación, sus limitaciones riesgos y complicaciones, y entiendo su contenido. Comprendo que la toma del examen es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea realizada la prueba. He sido informado (a) de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Con estas consideraciones manifiesto que me someto en forma libre e informada de la toma del procedimiento de electro diagnóstico y me comprometo a seguir las indicaciones impartidas relacionadas con mis deberes de autocuidado y seguimiento de mi salud con mi médico tratante.



CONSENTIMIENTO INFORMADO ELECTRODIAGNÓSTICO
A-TIC-HC-MA-001-PR-003-FO-012 V1 31-01-2022

Firma del paciente o de la persona responsable _____

N° de documento _____ de _____

Parentesco: _____

* En caso de firma de persona distinta al paciente

Nombre del profesional de salud de _____

Firma del profesional de salud de _____

CC: _____ Registro No. _____

- **Disentimiento**

En caso de No querer realizar la prueba, usted puede firmar el siguiente disentimiento teniendo en cuenta que este examen ha sido solicitado por su médico tratante para determinar su estado de salud

Firma del paciente _____

Número de documento de identidad: _____

Fecha en que se firma: _____ en la ciudad de _____