



## CONSENTIMIENTO INFORMADO TERAPIA FISICA

A-TIC-HC-MA-001-PR-003-FO-029 V1

1. Yo \_\_\_\_\_ identificado (a) con documento de identidad \_\_\_\_\_ he sido informado (a) por el(a) profesional \_\_\_\_\_ en calidad de fisioterapeuta acerca del diagnóstico clínico y de los tratamientos que se requieren.

2. El plan de tratamiento consiste en:

\_\_\_\_\_ que se realizarán en \_\_\_\_\_ sesiones, el número de sesiones puede variar de acuerdo a la evolución y necesidades durante el tratamiento.

La profesional se ha referido a las posibles consecuencias y riesgos del tratamiento los cuales podrían ser:

3. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas han sido contestadas satisfactoriamente; así mismo se me ha explicado que no es posible garantizar los resultados esperados con la intervención.

4. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma; y me encuentro en capacidad de expresar mi libre consentimiento.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE

TIPO DOCUMENTO: \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

\*PARENTESCO: \_\_\_\_\_ (\* Parentesco si firma una persona que no sea el paciente)

Dejo constancia que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la intervención terapéutica o procedimiento especial citado en el numeral 2 y he contestado todas las preguntas que el paciente o persona responsable me ha(n) formulado.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PROFESIONAL

NUMERO DE DOCUMENTO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO

\* Parentesco si firma una persona que no sea el paciente.