**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

NO. CITAS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DÍAS RECOMENDADOS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado |

FISIOTERAPEUTA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¡En la salud no se gasta, se invierte!**

El consentimiento informado es la expresión tangible del respeto a la autonomía de las personas en el ámbito de la atención médica.

He escuchado la información proporcionada sobre mi padecimiento, mi posible diagnóstico y tratamiento, he tenido la oportunidad de preguntar mis dudas y se me ha contestado satisfactoriamente. Consiento voluntariamente en someterme al protocolo de tratamiento fisioterapéutico que se me ha explicado y entiendo que tengo derecho de abandonar dicho tratamiento en cualquier momento.

Guía Nacional para la Integración y el Funcionamiento de los Comités de Hospitalarios de Bioética. Comisión Nacional de Bioética. Secretaria de Salud, 2010. 60, págs.

Última modificación:   
martes 21 de abril del 2015 por Centro del Conocimiento Bioético

**Firma del paciente**

|  |
| --- |
| **NOTA DE INGRESO** |
| ***Firma del Paciente*** |

|  |
| --- |
| **NOTA DE ALTA** |
| ***Fecha de Egreso:***  ***Nombre y Firma del Paciente Nombre y Firma del Fisioterapeuta*** |

FICHA DE IDENTIFICACION

Ocupación: ${ocupacion} Actividad Física: LEVANTAR COSTALES Deporte: FUTBOL

Antecedentes Personales Patológicos:

**Antecedentes Traumáticos:** NINGUNO

**Padecimiento Actual:** NINGUNO

**Exploración Física**: EFEFEFEFEFE

**Estatura:** 1.8 **Peso:** 345 **Talla:** ${talla} **Temperatura:** 4545

**Diagnóstico:** ${diagnostico}

**Patologías Asociadas:** 345

**Objetivo del Tratamiento:** ${objtratamiento}

**ELECTRO ESTIMULACIÓN**

**Corriente:** ${corrientee} **Modulación:** 23 **Duracion:** 23

**ULTRASONIDO**

**Frecuencia:** 45 **Potencia:** 54 **Duración**: 56

LASER INFRARROJO

**Modalidad:** **Duración:**

**TERMOTERAPIA**

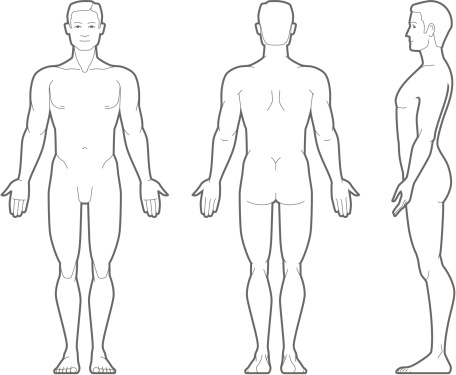
**Modalidad:** **Duración**:

**EJERCICIO**

NINGUNO

NUMERO DE SESIONES

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

[](https://www.google.com.mx/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=images&cd=&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjmr9Ho-ZHOAhXn3YMKHXggCTgQjRwIBw&url=http://www.gettyimages.com/detail/illustration/male-body-front-side-and-back-view-royalty-free-illustration/496798533&bvm=bv.128153897,d.amc&psig=AFQjCNEly2rZq28rJ7Rrxk4XMKTaBem6Cg&ust=1469650704264731)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NO. DE SESION | FECHA | FASE DE TX(tratamiento) | OBSERVACIONES DEL TX, (EJERCICIOS, MODULACIÓN, POSICIÓN A LA HORA DE REALIZAR TX. |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |

Una vez terminada su consulta e iniciado su tratamiento, las sesiones se agendan con la periodicidad convenientes para usted y su lesión, en algunos casos las sesiones pueden ser más largas o más frecuentes.

El faltar a las sesiones y/o las llegadas tardías representan un problema para los demás pacientes, fisioterapeutas y la empresa. Por lo cual pedimos a nuestros clientes que se comprometan en asistir con regularidad. Si considera que el asistir regularmente es un problema, le pedimos que piense si este es el momento más adecuado para llevar a cabo un tratamiento. En ocasiones, es mejor terminar la terapia y volverla a comenzar en una fecha más adecuada cuando puede mantener un compromiso regular.

**Las siguientes son las reglas sobre citas perdidas y llegadas tardías:**

1. Se aceptan cancelaciones solamente con 24 horas de anticipación, y se le cobrará por sesiones/citas perdidas una penalización de $50.00, la cual cumple como cuota de recuperación por los gastos generados por su ausencia (a menos que usted y su terapeuta estén de acuerdo en que no pudo asistir debido a enfermedad o emergencia).
2. Si llega más de 10 minutos tarde sin previo aviso, el personal de recepción no es responsable de mantener su cita y podrá perder su sesión de tratamiento aplicando la misma penalización de $50.00
3. Si cancela o pierde una sesión, es su responsabilidad ponerse en contacto a los números de atención a clientes.
4. Si olvida dos o más sesiones consecutivas, sin haber llamado para cancelar o volver a hacer una cita, personal de atención a clientes tratará de contactarlo por teléfono. Si usted no responde, su terapeuta supone que no desea continuar con los servicios e iniciará a cerrar su caso. Si desea terminar su tratamiento, le pedimos que hable directamente con nosotros en lugar de simplemente no presentarse.

La tarifa estándar es de $ 250.00 por cada sesión de terapia. Esta suma de dinero es notablemente inferior a otros servicios del mismo tipo disponibles en la comunidad.

Nos dedicamos a establecer un ambiente seguro que promueva una comunicación abierta y honesta. Le invitamos a discutir sobre el progreso de su tratamiento [de su hijo/a o familiar] y si lo desea puede dejar de utilizar nuestros servicios en cualquier momento. Le invitamos a hablar sobre cualquier preocupación que tenga sobre su tratamiento [de su hijo/a o familiar] o sobre los servicios prestados por parte de su terapeuta. Todos los clientes tienen derecho a presentar quejas si piensan que los servicios recibidos no son éticos. Si usted tiene preguntas o quejas, puede comunicarse al 217-57-49 o al 311-688-17-01 y preguntar por el gerente en turno.

Fisioterapia Salud Y Bienestar comprometida con la comunidad, agradece su comprensión.

Firma del paciente