

FECHA:

HORA:

Nombre del Paciente: _____ DI: _____

Acudiente / Representante legal: _____ DI: _____

Parentesco: _____ Contacto: _____

Nombre del Profesional que solicita el procedimiento: _____

Dentro de los lineamientos legales para el ejercicio de la profesión de Terapia Ocupacional en Colombia, se establece la Ley 949 de 2005. “por la cual se reglamenta la profesión de terapia ocupacional y se dictan normas para su ejercicio en Colombia”,

Se le informa al usuario y/o acudiente según su diagnóstico: _____

La intervención en terapia ocupacional tiene como principal beneficio dominar habilidades que ayudan a desarrollarse, recuperarse o mantener habilidades de la vida cotidiana. La meta de un terapeuta ocupacional es ayudar a los individuos a tener vidas independientes, productivas y satisfactorias, mejorar las habilidades para lograr independencia para alimentarse, bañarse, vestirse y otras actividades de cuidado personal.

PROCEDIMIENTO	DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	RIESGOS	BENEFICIOS
Facilitar actividades lúdicas que eduquen además de ayudar a interactuar y comunicarse con los demás	Desarrollo de actividades individuales o grupales de tipo lúdico, comunicativo y de relación psicosocial	Agresividad, desestructuración cognitiva, autolesiones, depresión, frustración, cambios psicosociales	Desarrollo de habilidades sociales y comunicativas
Identificar, desarrollar o adaptar la participación en actividades significativas que mejoren la calidad de vida	Prescripción de actividades de socialización, desarrollo de habilidades y destrezas sociales y comunicativas	Frustración, cambios psicosociales, desestructuración cognitiva	Desarrollo de habilidades y destrezas sociales y de relación interpersonal que favorecen la calidad de vida del paciente

Identificar dispositivos tecnológicos de apoyo necesarios	Capacitación y desarrollo de habilidades cognitivas tecnológicas y técnicas de apoyo terapéutico	Frustración, desestructuración cognitiva	Desarrollo de habilidades cognitivas y uso adecuado de apoyo tecnológico
Preparar a la familia / cuidador para cambios en roles y rutinas	Educación a paciente, cuidador y familiar sobre adaptaciones en roles familiares, sociales y educativos y sus respectivas rutinas	Agotamiento de la actividad. Desestructuración cognitiva. Frustración. Inadecuada manipulación de los insumos solicitados.	Entrenamiento y educación a paciente y familiar sobre adecuadas estrategias de adaptación de roles y rutinas
Mejorar el desarrollo de habilidades sociales y actividades recreativas	Capacitación de habilidades sociales, recreativas y lúdicas grupales e individuales en base al entorno	Agresividad. Frustración. Agotamiento de la actividad.	Desarrollo de habilidades sociales, recreativas y lúdicas
Lograr un grado de efectividad e independencia y funcionalidad en las actividades básicas cotidianas y actividades de la vida diaria	Capacitación y entrenamiento de las actividades básicas e instrumental que realiza el usuario	Posibles laceraciones o alteraciones en la piel debido al manejo texturas. Agresividad. Frustración. Agotamiento de la actividad.	Favorecer respuestas adaptativas de la información sensorial.

Una vez leída y comprendida la anterior información, por favor registre de su puño y letra si autoriza o no la prestación del servicio.

Yo _____ mayor de edad, identificado con _____
número _____ de _____, en calidad de paciente () o en representación
() por menor de edad, incapacidad física y/o mental del paciente _____
identificado con _____ número _____ de _____, en desarrollo del
Artículo 15 de la Ley 23 de 1981, hago las siguientes declaraciones:

1. Confirmando que he recibido del profesional solicitante que realiza el procedimiento la explicación de la naturaleza, beneficio y propósito del mismo.
2. Así mismo el profesional solicitante que realiza el procedimiento me ha informado sobre las alternativas de tratamiento.
3. He sido advertido por el profesional solicitante del procedimiento, en forma clara, detallada y exhaustiva, en lenguaje sencillo, que de acuerdo a mi condición de salud pueden presentarse riesgos, complicaciones y/o efectos secundarios al procedimiento inmediato o tardío.
4. Igualmente soy consciente y conocedor(a) que todo tratamiento o procedimiento terapéutico puede presentar efectos consecuentes de carácter imprevisible y que para minimizar el riesgo debo informar los antecedentes, medicamentos y/o síntomas presentes.
5. Reconozco que la obligación del profesional es de medio y no de resultado donde pondrá todo el empeño, diligencia, pericia, conocimiento, aplicación de la técnica, prudencia y cuidado para su correcta ejecución.
6. Me comprometo como paciente a seguir las instrucciones de cuidado, recomendaciones médicas y terapéuticas siendo parte del plan de tratamiento.
7. Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido en su integridad por mí y que las dudas e interrogantes que he formulado me han sido resueltos mediante explicaciones claras sobre los asuntos o temas de mi interés.

Certifico que el presente documento ha sido leído, y entendido por mí en su integridad. Hago constar que estoy satisfecho(a) con la información suministrada por el terapeuta del programa de atención domiciliaria y que la información la recibí en lenguaje claro y comprensible despejando todas mis dudas; por tanto, autorizo se realice terapia de lenguaje, así mismo a variar los procedimientos para el que he dado mi consentimiento en el mismo acto si fuera necesario.

<p>_____ Paciente o representante (nombre y firma) D.I.: _____ Responsable en calidad de: _____</p>	<p>_____ Profesional encargado (nombre y firma) D.I.: _____</p>
---	---

DISENTIMIENTO: SI usted **NO** desea que se le realice el tratamiento, es también un derecho que debe respetarse por lo tanto firme como constancia de su decisión, así las cosas: **NO AUTORIZO** la realización del procedimiento(s) renuncio a sus beneficios y haciéndome responsable de las posibles complicaciones de la no ejecución. Declaro que he leído y entendido el presente consentimiento informado y que **NO** estoy de acuerdo con lo estipulado en él y por ende no podré recibir mi tratamiento terapéutico en domicilio con el Programa Atención Domiciliaria.

<hr/> Paciente o representante (nombre y firma) D.I.: _____ Responsable en calidad de: _____	<hr/> Profesional encargado (nombre y firma) D.I.: _____
---	--

CONSENTIMIENTO ILUSTRADO (Con sus propias palabras describa de forma sencilla lo entendido)

<hr/> Paciente o representante (nombre y firma) D.I.: _____ Responsable en calidad de: _____	<hr/> Profesional encargado (nombre y firma) D.I.: _____
---	--