

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 de Lenguaje en Colombia, se establece la Ley 376 de 1997. “por la cual se reglamenta la profesión de fonoaudiología y se dictan normas para su ejercicio en Colombia”,  
 Se le informa al usuario y/o acudiente según su diagnóstico: \_\_\_\_\_

La intervención en fonoaudiología ejecuta actividades de promoción, prevención, diagnóstico y rehabilitación de alteraciones en la musculatura oro-fonatoria, que se centran en el funcionamiento del sistema estomatognático siendo este, el conjunto de órganos que posibilita hablar, respirar, comer, masticar, deglutir, succionar; en trastornos o patologías de origen neurológico central o periférico como enfermedad de origen cerebrovascular, secuelas por trauma craneoencefálico sin origen específico y enfermedades neurodegenerativas como Párkinson, Esclerosis Múltiple, Alzheimer, Enfermedad Lateral Amiotrófica entre otras que imposibilitan la capacidad para comunicarse. Control de movimientos del habla, alteración en lectoescritura y lenguaje comprensivo a consecuencia de alteraciones en la musculatura orofonatoria que conllevan a las alteraciones más comunes como la disfagia, disartria y afasia.

**Objetivo:** Contribuir al mejoramiento del proceso motor de habla y alimenticio logrando en el paciente una adecuada ingesta de alimentos y el adecuado estímulo del lenguaje proporcionando medios para recuperar capacidades lingüísticas y comunicarse eficazmente.

PROCEDIMIENTO	DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	RIESGOS	BENEFICIOS
Fortalecer órganos fono articuladores	Ejercicios de fortalecimiento de musculatura fono articuladora. Estimulación sensorial auditiva y de lenguaje. Ejercicios de cognición y comunicación interpersonal y social	Agotamiento de la actividad. Inadecuada manipulación de los insumos solicitados	Mejorar el desempeño comunicativo y articulatorio de los cuatro componentes (audición, cognición, lenguaje y habla) del desarrollo de la comunicación
Técnicas de incremento sensorial: táctil, térmica, olfativa y gustativa	Estimulación sensorial con texturas, olores y sabores de forma transitoria	Sensibilidad. Irritabilidad sensorial, reacciones alérgicas. Riesgo de bronco-aspiración.	Integración sensorial para el desarrollo de habilidades cognitivas y del lenguaje

Trabajo de motricidad orofacial para sostenimiento de músculos de cara y cuello	Movilización toda la musculatura desde cuello a frente con movimientos digitales o con material solicitado	Eritema. Presencia de hematoma o equimosis	Fortalecimiento de los músculos que intervienen en la respiración para adquirir fuerza pulmonar sincronizando las funciones fono- respiratorias
Estimulación propioceptiva que potencien el reflejo de la deglución	Estimulación con maniobras de masaje endobucal o estimulación sensorial de fases y musculatura involucrada en el proceso de la deglución	Sensibilidad Irritabilidad sensorial. Agotamiento del paciente de la actividad. Riesgo de bronco-aspiración	Rehabilitación de la deglución para garantizar una adecuada ingesta de alimentos y contribuir al mejoramiento del estado nutricional del paciente
Indicaciones de técnicas posturales para la administración de alimentación	Educación a personal de la salud, cuidadores, familiares y paciente de indicaciones de posición, velocidad y forma de administración de alimentación	Riesgo de bronco-aspiración.	Rehabilitación de la deglución para garantizar una adecuada ingesta de alimentos y contribuir al mejoramiento del estado nutricional del paciente.
Evaluación del proceso deglutorio y transición en la consistencia de los alimentos	Estimulación transitoria de consistencias de alimentación a tolerancia del paciente y vigilancia del proceso.	Riesgo de bronco-aspiración. Administración de inadecuada consistencia	Rehabilitación de las estructuras y funciones corporales de los procesos biopsicosociales de la comunicación y la deglución
Estimulación de las estructuras orofaciales y respiratorias para el desarrollo de motricidad en cara y cuello a través de diversas técnicas	Movilización de musculatura orofacial, estimulación sensorial profunda. Uso de agentes físicos y técnicas de facilitación neuro-propioceptiva.	Irritabilidad sensorial. Hematoma. Agotamiento por parte del paciente. Hipersensibilidad.	Fortalecimiento diafragmático para la producción de voz y coordinación neumofónica. Fortalecimiento de los músculos que intervienen en la respiración para adquirir fuerza pulmonar sincronizando las funciones fono- respiratorias.
Praxias de relajación, movilidad y tonificación de musculatura orofacial	Maniobras de masaje y manipulación manual para relajación, uso de agentes físicos o modalidades de trabajo de tono (cepilleo y crioterapia)	Agotamiento. Quemadura. Eritema. Hipersensibilidad.	Rehabilitación de las estructuras y funciones corporales de los procesos biopsicosociales de la comunicación y la deglución
Mejoramiento del lenguaje	Ejecución de actividades para mejorar agilidad, movilidad, articulación y estimulación del lenguaje	Laceración. Umbral de dolor leve.	Rehabilitación de las limitaciones en las actividades comunicativas y lingüísticas

Una vez leída y comprendida la anterior información, por favor registre de su puño y letra si autoriza o nola 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 resueltas 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/> <b>Paciente o representante (nombre y firma)</b> D.I.: _____ Responsable en calidad de: _____	<hr/> <b>Profesional encargado (nombre y firma)</b> D.I.: _____
---	--

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

---

---

---

---

---

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