

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 Fisioterapia en Colombia, se establece la Ley 528 de 1999. “por la cual se reglamenta la profesión de fisioterapia y se dictan normas para su ejercicio en Colombia”,  
 Se le informa al usuario y/o acudiente según su diagnóstico: \_\_\_\_\_

La intervención fisioterapéutica comprende las acciones realizadas para el mantenimiento, optimización y potencialización del movimiento, también la prevención y recuperación de alteraciones y a la habilitación y rehabilitación integral con el fin de optimizar su calidad de vida como lo describe la Ley 528 de 1999. Previo a las actividades de tratamiento se hará una evaluación integral del paciente basados en la Historia Clínica (Examen físico: alerta, atención y cognición; Revisión por sistemas: sistema cardio-pulmonar, signos vitales; Sistema tegumentario: presencia de cicatrices, integridad tegumentaria, propiedades tróficas y mecánicas de la piel; Sistema musculo esquelético: evaluación de la simetría, fuerza, rango grueso de movimiento y evaluación de postura; Sistema neuromuscular: función motora, locomoción, traslados, transferencia, balance, marcha, sensibilidad, integridad refleja, dolor, fuerza muscular, tono muscular, marcha, balance, uso de ayudas técnicas y aditamentos), con el fin de obtener un diagnóstico fisioterapéutico, objetivos, plan de manejo, pronóstico y plan de intervención, con el fin de obtener un análisis fisioterapéutico y un plan de rehabilitación y/o mantenimiento. Además de identificar si el paciente requiere o se beneficia de otras intervenciones terapéuticas.

Las actividades y estrategias a realizar se basarán en la valoración integral y los objetivos del plan de intervención que requieren de conductas terapéuticas tales como:

PROCEDIMIENTO	DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	RIESGOS	BENEFICIOS
Ejercicios Terapéuticos	Es la ejecución sistemática y planificada de movimientos corporales, posturas y actividades físicas con un propósito terapéutico	Dolor articular, fatiga muscular, mareo, dolor de cabeza, inflamación, fatiga física	Evitar deterioro de la movilidad, flexibilidad, aparición o empeoramiento de úlceras por presión, fuerza muscular, mantener y mejorar la funcionalidad e independencia, disminuir la intensidad de dolor percibido por el reposo prolongado en cama

<b>Entrenamiento Funcional</b>	Entrenamiento personal y efectivo en el que se adaptan los ejercicios a las necesidades personales de cada paciente, orientado a mejorar las funciones diarias	Dolor articular, fatiga muscular, mareo, dolor cabeza, riesgo de caída, pérdida del equilibrio, inflamación y dolor, hematomas, incremento de frecuencia cardiaca, aumento tensión arterial, lesiones en el aparato locomotor, fatiga.  Riesgos cardiacos: infarto al miocardio, arritmias.	Evitar el deterioro de la movilidad y flexibilidad, fuerza muscular, evitar aparición o empeoramiento de úlceras por presión, mantener y mejorar la funcionalidad e independencia, disminuir la intensidad de dolor percibido por el reposo prolongado en cama
<b>Técnicas de Terapia Manual</b>	Técnicas específicas para el tratamiento del dolor y otros síntomas de disfunción neuro muscular esquelética	Lesiones: traumatismos, esguinces, lesiones musculares o ligamentosas, dolor muscular. Dolor articular, fatiga muscular, hematomas, inflamación, cambio en la sensibilidad, brotes	Evitar el deterioro de la movilidad y flexibilidad. Evitar aparición o empeoramiento de úlceras por presión. Disminuir la intensidad de dolor percibido por el reposo prolongado en cama
<b>Prescripción y aplicación de ayudas técnicas, equipos asistidos, adaptados y de soporte</b>	Estrategias de adaptación y de entrenamiento para la facilitación de actividades de la vida diaria	Dolor articular, fatiga muscular, irritación de la piel, sensibilidad a texturas, hematomas	Evitar deterioro de la movilidad, flexibilidad y fuerza muscular. Integrar al familiar o cuidador en el proceso de salud enfermedad y hacerlo parte fundamental de la recuperación funcional del paciente
<b>Agentes físicos</b>	Técnicas de tratamiento enfocadas en la aplicación de termoterapia, crioterapia	Sensibilidad al frío, sensibilidad al calor, sensibilidad a texturas, irritación o lesiones de la piel, reacciones alérgicas a soluciones tópicas	Alivio de dolor

Si desiste del tratamiento, el paciente va a tener un deterioro más acelerado de la pérdida de movilidad, masa muscular, mayor probabilidad de aparición de úlceras por presión, dolor y rigidez articular, adicional mayor aparición de infecciones y deterioro de su capacidad respiratoria.

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 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 domiciliar y que la información la recibí en lenguaje claro y comprensible despejando todas mis dudas; por tanto, autorizo se realice terapia respiratoria, así mismo a variar los procedimientos para el que he dado mi consentimiento en el mismo acto si fuera necesario.

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

**DISSENTIMIENTO:** 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.

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

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

---



---



---



---



---

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