

¿QUE ES UNA INTERVENCIÓN FISIOTERAPÉUTICA?

Tratamiento dirigido al paciente para corregir, aliviar y disminuir la incapacidad física, alteración del movimiento funcionalidad y postura, así como el alivio del dolor de origen congénito o de las condiciones de envejecimiento, lesión o enfermedad (daño o procedimiento quirúrgico). La fisioterapia tiene como un fin más significativo restaurar las funciones físicas perdidas o deterioradas.

Utiliza como tratamiento principalmente los agentes y medios físicos como la electricidad, el movimiento, el masaje o manipulación de los tejidos y las articulaciones, el agua, la luz, el calor, el frío.

¿QUE RIESGOS TIENE?

La fisioterapia tiene muy pocos riesgos y los mayores peligros son su incorrecta indicación y su mala ejecución, de las técnicas de realización y de sus posibles riesgos, por ello siempre es realizado en los pacientes por nuestras profesionales fisioterapeutas profesionales de alta experiencia, habilidad y cultura de seguridad con nuestros pacientes debe ser aplicado por profesionales de la fisioterapia.

CONSIDERACIONES GENERALES DE LOS TRATAMIENTOS.

El paciente está obligado a revelar todos los datos médicos personales para la buena elección de la técnica por parte del fisioterapeuta, y sería conveniente que expresara sus problemas emocionales para la correcta elaboración del juicio diagnóstico. Durante la exploración y el tratamiento es necesario que el paciente descubra las zonas del cuerpo oportunas para la ejecución del paciente con el fin de realizar las técnicas adecuadas para su mejoría.

Yo _____, identificado/a con N.º de CC _____. He leído la información y me ha sido explicada. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre mi examen, valoración y tratamiento. Firmando abajo consiento que se me aplique el tratamiento que se me ha explicado de forma suficiente y comprensible.

Entiendo que tengo el derecho de rehusar parte o todo el tratamiento en cualquier momento. Entiendo mi plan de tratamiento y consiento en ser tratado por la fisioterapeuta _____. Y entiendo que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento del tratamiento.

Declaro no encontrarme en ningún de los casos de las contraindicaciones especificadas por la profesional en este documento, declaro haber facilitado de manera leal y verdadera los datos sobre estado físico y salud de mi persona que pudiera afectar a los tratamientos que se me van a realizar. Así mismo decido, dentro de las opciones clínicas disponibles, dar mi conformidad, libre, voluntaria y consciente a los tratamientos que se me han informado.

NOMBRE DEL PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE

NOMBRE DEL FISIOTERAPEUTA

FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE

FIRMA DEL FISIOTERAPEUTA

No. C.C

No. C.C

NÚMERO DE SESIONES ORDENADAS _____ FECHA DE INICIO _____

FECHA MÁXIMA DE FINALIZACIÓN _____ EL TIEMPO PARA REALIZAR LAS SESIONES DE

TERAPIA NO PUEDE SER SUPERIOR A 3 MESES CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE INICIO.

ME COMPROMETO A CUMPLIR EL PLAN DE TRATAMIENTO DENTRO DEL PLAZO ACORDADO; DE LO CONTRARIO AUTORIZO A LA **IPS ZERBIT S.A.S** PARA QUE SE CIERRE EL PLAN.

FIRMA DEL PACIENTE

N.º DE C.C. _____