



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCESO DE REHABILITACION

CIUDAD: CALI

FECHA:

Yo, _____ identificado con mi número de identidad _____ certifico que he recibido la información necesaria con respecto al proceso de Rehabilitación Integral al cual ingresaré por motivo de mi rehabilitación; me han explicados los BENEFICIOS del proceso, como la mejoría clínica que debo tener cumpliendo todo el proceso de rehabilitación ; he tenido la oportunidad de hacer preguntas y aclarar las dudas o inquietudes con respecto al proceso en mención y estoy completamente consciente sobre los RIESGOS, los cuidados y las precauciones que debo tener durante la ejecución y el desarrollo de mi tratamiento, y que éste puede generar IMPLICACIONES o efectos colaterales y riesgos previstos como fatiga muscular, caídas por entrenamiento en transiciones, lesiones en piel: equimosis o inflamación (“morados”), como consecuencia del plan terapéutico. Quemaduras. El plan esta direccionado por profesionales competentes, incluye manejo de la condición muscular a través del ejercicio terapéutico, entrenamiento de cadenas musculares, movilización de tejidos blandos, aplicación de modalidades físicas (calor húmedo, crioterapia, electro estimulación) puesto en patrones funcionales, y la ejecución modificada de las actividades en los casos pertinentes, educación sobre la patología de consulta y énfasis en el esclarecimiento del alcance terapéutico e identificación de situaciones riesgosas que de manera recurrente aumentan la sintomatología del usuario y que una vez identificadas deben ser controladas por el usuario durante su cotidianidad. Me han explicado sobre ALTERNATIVAS de atención, terapias pasivas, terapias alternativas, segundo concepto clínico si lo considero y mi autonomía de iniciar o no, o suspender en cualquier momento, este proceso de rehabilitación.

Estoy de acuerdo con la solicitud y el respectivo estudio de mi Historia Clínica por parte de los profesionales que integran el Equipo de Rehabilitación tratante o de los funcionarios de la IPS que por fines médicos que así lo requieran.

En constancia firman,

Nombre:
C.C.

Nombre Acudiente:
C.C.

Firma del Profesional de Rehabilitación
Registro Profesional: