**CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCESO DE REHABILITACION INTEGRAL ARL**

CIUDAD\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ HORA\_\_\_\_\_\_\_\_

Yo, ­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado con C.C\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_, certifico que he recibido la información necesaria con respecto al proceso de Rehabilitación Integral al cual ingresaré por motivo de mi contingencia, 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 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. 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 del gesto laboral, 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.

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 ARL que así lo requieran.

En constancia firman,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre: Nombre Acudiente:

C.C. C.C.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Profesional de Rehabilitación

Registro Profesional: