***CONSENTIMIENTO INFORMADO***

***PROCESO DE REHABILITACION INTEGRAL***

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

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Identificado con Cédula de Ciudadanía Número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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 comprometido con el proceso, consciente sobre los riesgos, los cuidados y las precauciones que debo tener durante la ejecución y el desarrollo de mi tratamiento.

Me han aclarado la normatividad vigente frente a las consecuencias de la NO asistencia a las citas, terapias y procedimientos, que se deriven del programa de Rehabilitación en conformidad con el artículo 17 de la Ley 776 de 2002

Del cumplimiento a las sesiones de terapias acorde a la programación, teniendo en cuenta que las terapias NO asistidas no son reprogramables sin justificación mayor con justa causa.

***“Las entidades Administradoras de Riesgos Profesionales suspenderán el pago de las prestaciones económicas establecidas en el Decreto-ley 1295 de 1994 y en la presente ley, cuando el afiliado o el pensionado no se someta a los exámenes, controles o prescripciones que le sean ordenados; o que rehúse, sin causa justificada, a someterse a los procedimientos necesarios para su rehabilitación física y profesional o de trabajo…”***

Así mismo 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 Positiva Compañía de Seguros que así lo requieran.

En constancia firman,

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

Firma del usuario Firma del cuidador - testigo

Nombre: Nombre:

Documento: Documento:

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

Firma del Profesional de Rehabilitación

Nombre:

Registro Profesional: