



CONSENTIMIENTO INFORMADO PACIENTES PROGRAMA  
ATENCIÓN DOMICILIARIO  
MACROPROCESO RELACIONADO: MISIONAL - PROCESO  
RELACIONADO: ATENCIÓN DOMICILIARIA

CÓDIGO:  
IJR-CEX-TER-FT-69  
VERSIÓN: V 01

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PACIENTES PROGRAMA ATENCIÓN DOMICILIARIA

Yo, \_\_\_\_\_, Identificado como aparece al pie de mi firma, en mi calidad de \_\_\_\_\_, declaro que los Profesionales Terapeutas y Auxiliares de Enfermería de la IPS JAH RAFÁ me ha explicado la naturaleza, propósito, utilidad, beneficio, posibles complicaciones, molestias y posibles riesgos de los procedimientos y actividades que se han de realizar. Que se dio la oportunidad de hacer preguntas y fueron contestadas satisfactoriamente y que se ha explicado que no es posible garantizar los resultados esperados con los procedimiento o actividades realizadas.

Entiendo además que

- Los procedimientos de las Terapias en cualquiera de sus modalidades, implican el uso de numerosos agentes físicos y equipos biomédicos (masaje, agua, sonido, electricidad, movimiento, luz, calor, frío, succionadores), para la prevención, tratamiento, curación y recuperación de patologías y lesiones musculares y/o esqueléticas y que
- Entiendo que en el curso de las actividades o procedimientos de Enfermería puedan presentarse situaciones imprevistas, que requieran procedimientos adicionales, por lo tanto, habiendo comprendido los riesgos que conllevan tales procedimientos, los cuales me fueron informados, autorizo voluntariamente me sean realizados.

Autorizo a los (a) Terapeutas y Enfermeros(as), a realizarme los siguientes procedimientos:

El procedimiento a realizar es:

- ☐ Toma de signos vitales
- ☐ Canalización de vena
- ☐ Paso sonda naso gástrica
- ☐ Paso sonda vesical
- ☐ Administración de medicamentos
- ☐ Toma de muestras de laboratorio
- ☐ Paso de sonda oro/naso gástrica
- ☐ Sujeción (inmovilización).
- ☐ Terapias Físicas
- ☐ Terapias de Lenguaje
- ☐ Terapias Ocupacionales
- ☐ Terapias Respiratorias
- ☐ Succión de Secreciones, Cuando sea necesario.
- ☐ Otros: Cuáles \_\_\_\_\_

### PREGUNTAS

Se me permitió preguntar y aclarar dudas generadas sobre la atención. Las preguntas que he hecho sobre la actividad (es), intervenciones (es), procedimiento (s) o plan de tratamiento han sido las siguientes junto con la respuesta:

Como constancia que he leído y refiero entender y comprender lo anterior y me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento, firmo:

Firma del Usuario: \_\_\_\_\_

No. Identificación: \_\_\_\_\_

Nombre y Firma del Representante Legal o Cuidador primario: \_\_\_\_\_

No. Identificación: \_\_\_\_\_

Se explica además al Usuario que durante su atención en el Programa de Atención Domiciliaria y conforme con su evolución clínica y necesidad terapéutica, pueden llegar a realizársele, en otros momentos de la atención, cualquiera de las terapias antes indicadas. Dejo constancia que he explicado la naturaleza, propósitos, ventajas, utilidad, riesgos, complicaciones y he contestado todas las preguntas que me han formulado.

Profesional:

.....

Fecha emisión: Julio 02 2015 Fecha próxima revisión: Junio de 2016	Elaboró: Eduardo José Hernández Auditor Calidad	Revisó: Eduardo José Hernández Auditor Calidad	Aprobó: Alicia Moreno Gerente	Página 1 de 2
--	---	--	-------------------------------------	---------------