



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

F-GDC-001

Versión: 03

Fecha de Emisión: 2014/07/01

Página 1 de 1

Fecha: Septiembre 2- 2014

Yo Blanca Beatriz Heredia identificado con la
c/c. 24196322 representante del menor
REGIO ROMERO MUÑOZ autorizo a la institución EMMANUEL,
INSTITUTO DE REHABILITACIÓN Y HABILITACIÓN INFANTIL S.A.S a realizar
todo procedimiento que se necesite para la rehabilitación y/o habilitación de mi
hijo. Los cuales pueden incluir Consulta por especialidades médicas
(Neuropediatría, Fisiatría y Psiquiatría) e intervención terapéutica (Equinoterapia,
Musicoterapia, Hidroterapia, Terapia asistida con perros, Terapia Física, Terapia
Ocupacional, Fonoaudiología, Psicología, y Psicología Cognitiva) según se
requiera.

Así mismo autorizo al personal encargado de realizar los procedimientos
requeridos para dar continuidad al manejo y/o tratamiento prescrito por el médico
tratante (Cateterismo vesical, Alimentación por gastrostomía, Administración de
medicamentos vía oral).

Una vez que el usuario sea retirado o abandone el programa de Rehabilitación por
decisión unilateral, perderá todo vínculo con la Institución, y cesara cualquier tipo
de responsabilidad institucional con el usuario.

Blanca Beatriz Heredia

Firma del Padre.



COORDINACIÓN CIENTÍFICA

Testigo:

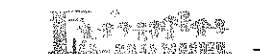
[Firma]
Firma responsable IPS.

CONSENTIMIENTO FOTOS Y VIDEOS.

Yo Blanca Beatriz Heredia identificado con la
c/c. 24196322 representante del menor
REGIO ROMERO MUÑOZ autorizo a la institución EMMANUEL,
INSTITUTO DE REHABILITACIÓN Y HABILITACIÓN INFANTIL S.A.S a la toma y
publicación de fotos y videos de mi hijo, según se requiera, siempre y cuando
dicha publicación sea para fines informativos, terapéuticos, documentos
institucionales o de evidencias.

Blanca Beatriz Heredia

Firma del Padre.



COORDINACIÓN CIENTÍFICA

Testigo:

[Firma]
Firma responsable IPS