

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS CONSULTA EXTERNA

F - CE - 002

Versión: 02

Fecha de Emisión: 2018-09-10

Página 1 de 2

Fecha_20 /09/ 13 1	•	
Nombre del paciente	o Alberto Gonez	
Tipo documentoCC	Número de documento 3/6581	
Representante legal o acudiente	570307	
cc	e	

Mayor de edad, en pleno uso de mis facultades mentales, libre y consiente declaro que autorizo al profesional o tratante de EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S para realizar los siguientes procedimientos terapéuticos.

Dentro de las normas éticas exigidas al profesional en Colombia, se encuentra el deber de informar adecuada y oportunamente a todos sus pacientes los riesgos que pueden derivarse de los procedimientos que le serán practicados, solicitando su consentimiento anticipadamente. (Ley 23 de 1981. Art. 15, Decreto reglamentario 3380 de 1981. Art. 12).

SERVICIOS TERAPEUTICOS

SERVICIO	RIESGOS	BENEFICIOS
Terapia ocupacional	Golpes o caídas Derivadas de las patologías propias de cada paciente (convulsiones), Estos pueden generarse en el momento de la intervención durante una actividad terapéutica activa o asistida. Irritaciones dérmicas: Estos se pueden generar por contacto de aceites, cremas y manejo de diferentes texturas entre otras dentro de la intervención (alergias no informadas). Dolores musculares y/o articulares: se puede derivar por movilidad articular activa o asistida y/o movimientos repetitivos realizados durante la intervención.	Tolerancia al contacto condiferentes texturas (blandas, liquidas, sólidas) Acompañamiento personalizado: intervención guiada por un profesional especializado en cada área. Material de intervención: se cuenta con el materi adecuado para la intervención con los usuarios.
Fisioterapia e Hidroterapia	Alergias y/o infección por exposición al agua durante la intervención en hidroterapia. Lesiones osteomusculares generadas por condiciones patológicas no informadas (osteopenia, osteoporosis y/o cirugías) durante la realización de manipulaciones manuales realizadas por el terapeuta. Caídas derivadas de la atención (manejo de marcha, equilibrio) Dolores musculares y/o articulares: se puede derivar por movilidad articular activa o asistida y/o movimientos repetitivos realizados durante la intervención. Quemaduras o zonas de enrojecimiento por la aplicación de termoterapia, crioterapia o electro estimulación. Quemaduras o zonas de enrojecimiento por la aplicación de termoterapia, crioterapia o electro estimulación. Realización de manipulaciones manuales realizadas por el terapeuta. Caídas derivadas de la atención (manejo de marcha, Equilibrio) Dolores musculares y/o articulares: se puede derivar por movilidad particular activa o asistida y/o movimientos repetitivos realizados durante la intervención. Quemaduras o zonas de enrojecimiento por la aplicación de termoterapia, crioterapia o electro estimulación.	Aumento de movilidad articular y fuerza muscular de lo segmentos corporales afectados. Mantenimiento de condiciones mioarticulares cualidades propias de la piel de los usuarios. Favorece adquisición de cualidades físicas en el proceso o rehabilitación. Afianzamiento al medio acuático permitiendo mayo funcionalidad articular y muscular. Mejorar condiciones de la marcha en el caso da afecciones presentes.
Terapia Respiratoria	termoterapia, crioterapia o electro estimulación. Los riesgos de la terapia respiratoria son mínimos y normalmente leves. Estos riesgos están relacionados primordialmente con la administración de medicamentos, que en caso de ser necesario y previa orden médica, se manejan por vía inhalatoria. Los riesgos más frecuentes de la administración de alguno de estos medicamentos inhalados son alergia no conocida y efectos secundarios como: Ligero temblor, Cefalea, Taquicardia temporal, Molestias digestivas, Resequedad	Evita y reduce el riesgo de infecciones. Elimina la acumulación de secreciones y facilita su expulsión. Refuerza la musculatura respiratoria. Distribuye el aire dentro de los pulmones. Mejora la adaptación al esfuerzo. Mejora los niveles de oxígeno en sangre. Disminuye el número de ingresos hospitalarios. Aumenta la capacidad respiratoria. Disminuye la fatiga en pequeños y medianos esfuerzos.

L 198. MMANUEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS CONSULTA EXTERNA

F-CE-002

Nº Doc.

Versión: 02

Fecha de Emisión: 2018-09-10

Página 2 de 2

	120			
Fonoaudiología	texturas puede ocasionar aler El Tajo de consistencias en puede ocasionar bronco silenciosas. En la rehabilitació en el uso de aditamentos, puórganos fono articulador. A nivel psicosocial en la readulto se puede generar frustr. Aplicación de técnicas tera manejo de patologías de vocal claridad basada en un examen	la rehabilitación de la disfagia aspiraciones y aspiraciones n del proceso de alimentación ede ocasionar laceraciones en enabilitación de lenguaje en ación durante la intervención, péuticas inadecuadas en el 2 de las cuales no se tenga de apoyo diagnóstico.	Favorecer el proceso comunicativo en modalidade lenguaje verbal, no-verbal y lecto-escrito. Hibbilitar/Rehabilitarprocesos motores básicos de la	sbla rando tas y o e e la guaje,
¿El profesional le ha explicado	o las ventajas y posibles riesgos y co	mplicaciones de cada uno de lo:	s procedimientos terapéuticos?	(
SINO				
de dar ninguna explicación, pu Por ello, manifiesto que estoy	ones que se me han facilitado en ui mo, me ha aclarado todas las dudas iedo revocar el consentimiento que satisfecho (a) con la información rec procedimiento propuesto, declaro o	que le he planteado. También de ahora presto de los tratamiento cibida y que comprendo el alcan	profesional que me ha atendido me ha permitido realizar comprendo que en cualquier momento y sin necesidad os que no se han realizado. nce y los riesgos del tratamiento y en tales condiciones. tido de que la práctica de operación o procedimiento	
		NTIMIENTO		
luis albyt		NTIMIENTO	= F -1	
FIRMA DEL PACIENTE/O TUTC No. Doc. <u>31650</u> + Fecha: <u>20/09/118</u>	Hora <u>(</u>)M	FIRMA PROFESIONAL No. Doc. 355 Fecha: 20/09	26.641 113 Hora [Pm.	
	DENEGACIÓN PARA EL PRO	CEDIMIENTO		
		_		
ro,ibre y consciente mi denegació PROCEDIMIENTO:	, habiendo sido inform n para sú realización, haciéndome n	esponsable de las consecuencia	número de identificación os del procedimiento propuesto, manifiesto de forma s que puedan derivarse de esta decisión. Hora	
FIRMA DEL PACIENTE O R. LEGA	Ĺ	FIRMA PROFESIO	VAL	

Nº Doc.