**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS
TERAPEUTICOS CONSULTA EXTERNA****F - CE - 002**

Versión: 01

Fecha de Emisión: 2016-10-27

Página 1 de 4

Fecha 15/08/18Nombre del paciente Lorena Patricia Ofeda PinedaTipo documento ccNumero de documento 52841481

Representante legal o acudiente _____

cc _____ de _____

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 con diferentes texturas (blandas, líquidas, sólidas) Acompañamiento personalizado: intervención guiada por un profesional especializado en cada área. Material de intervención: se cuenta con el material 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	Aumento de movilidad articular y fuerza muscular de los segmentos corporales afectados. Mantenimiento de condiciones mioarticulares y cualidades propias de la piel de los usuarios. Favorecer adquisición de cualidades físicas en el proceso de

	<p>aspiraciones silenciosas.</p> <p>En la rehabilitación del proceso de alimentación en el uso de aditamentos, puede ocasionar laceraciones en órganos fono articulador.</p> <p>A nivel psicosocial en la rehabilitación de lenguaje en adulto se puede generar frustración durante la intervención.</p> <p>Aplicación de técnicas terapéuticas inadecuadas en el manejo de patologías de voz de las cuales no se tenga claridad basada en un examen de apoyo diagnóstico.</p>	<p>alimentos por vía oral.</p> <p>Potencializar habilidades comunicativas, lecto-escritas y léxico-semánticas.</p> <p>Prevención, detección, evaluación, diagnóstico e intervención terapéutica de alteraciones de la comunicación.</p> <p>Procedimientos de exploración en terapias de lenguaje, habla, voz y audición.</p> <p>Favorecer habilidades de expresión oral y procesos psicosociales.</p>
--	---	--

¿El profesional le ha explicado las ventajas y posibles riesgos y complicaciones de cada uno de los procedimientos terapéuticos?

SI ☒ NO ☐

¿Está satisfecho con la información que se le ha brindado?

SI ☒ NO ☐

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el profesional que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones así mismo, me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. También comprendo que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto de los tratamientos que no se han realizado.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento y en tales condiciones. **ACEPTO** que se me realice el procedimiento propuesto, declaro que he sido advertido en el sentido de que la práctica de operación o procedimiento compromete a una actividad de medio, pero no de resultado.

E I.P.S.
EMMANUEL

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS
TERAPEUTICOS CONSULTA EXTERNA**

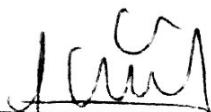
F - CE - 002

Versión: 01

Fecha de Emisión: 2016-10-27

Página 4 de 4

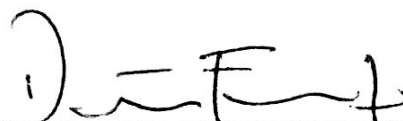
CONSENTIMIENTO



FIRMA DEL PACIENTE/ O TUTOR

No. Doc. 52841491

Fecha: 15/08/18 Hora 2:15pm



FIRMA PROFESIONAL

No. Doc. 35526.641

Fecha: 15/08/18 Hora 2:15p.

DENEGACIÓN PARA EL PROCEDIMIENTO

Yo, _____ número de identificación
_____, habiendo sido informado (a) de la naturaleza y riesgos del
procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación para su
realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta
decisión.

PROCEDIMIENTO: _____ Fecha: _____ Hora: _____

FIRMA DEL PACIENTE O R. LEGAL

Nº Doc. _____

FIRMA PROFESIONAL

Nº Doc. _____