	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS CONSULTA EXTERNA		
	F - CE - 002	Versión: 01	Fecha de Emisión: 2016-10-27

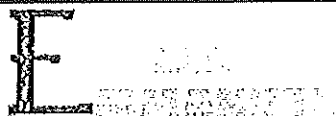
Fecha 07/07/2017
 Nombre del paciente Edwin Andres Arango Lopez
 Tipo documento CC Numero de documento 15990670
 Representante legal o acudiente _____
 cc _____ de _____

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	<p>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.</p> <p>Irritaciones dérmicas: Estos se pueden generar por contacto de aceites, cremas y manejo de material.</p> <p>Después masajeos y/o ejercicios se puede presentar un leve dolor.</p> <p>Intervención terapéutica en áreas con infección, heridas o laceraciones.</p>	<p>Tolerancia al contacto con diferentes texturas (blandas, líquidas, sólidas)</p> <p>Acompañamiento personalizado: intervención guiada por un profesional especializado en cada área.</p> <p>Material de intervención: se cuenta con el material adecuado para la intervención.</p>
Fisioterapia e Hidroterapia	<p>Alergias y/o infecciones por exposición al agua durante la intervención en hidroterapia.</p> <p>Lesiones osteomusculares generadas por condiciones patológicas no informadas (osteopenia, osteoporosis y/o cirugías) durante la</p>	<p>Aumento de movilidad articular y fuerza muscular de los segmentos corporales afectados.</p> <p>Mantenimiento de condiciones mioarticulares y cualidades propias de la piel de los usuarios.</p> <p>Favorecer adquisición de cualidades físicas en el proceso de</p>



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS CONSULTA EXTERNA

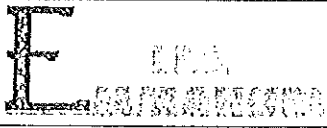
F - CE - 002

Versión: 01

Fecha de Emisión: 2016-10-27

Página 2 de 4

	<p>realización de manipulaciones manuales realizadas por el terapeuta.</p> <p>Caídas derivadas de la atención (manejo de marcha, equilibrio)</p> <p>Dolores musculares y/o articulares: se puede derivar por movilidad articular activa o asistida y/o movimientos repetitivos realizados durante la intervención.</p> <p>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.</p>	<p>rehabilitación.</p> <p>Afianzamiento al medio acuático permitiendo mayor funcionalidad articular y muscular.</p> <p>Mejorar condiciones de la marcha en el caso de afecciones presentes.</p>
Terapia Respiratoria	<p>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.</p>	<p>Evita y reduce el riesgo de infecciones.</p> <p>Elimina la acumulación de secreciones y facilita su expulsión.</p> <p>Refuerza la musculatura respiratoria.</p> <p>Distribuye el aire dentro de los pulmones.</p>
Fonoaudiología	<p>El uso prolongado de dispositivos de manejo de esencias y texturas puede ocasionar alergias a nivel facial.</p> <p>El manejo de consistencias en la rehabilitación de la disfagia puede ocasionar bronco aspiraciones y</p>	<p>Favorecer el proceso comunicativo en modalidades de lenguaje verbal, no-verbal y lecto-escrito.</p> <p>Habilitar/Rehabilitar procesos motores básicos del habla.</p> <p>Favorecer y fortalecer el proceso deglutorio, logrando ingesta de</p>

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS CONSULTA EXTERNA		
	F - CE - 002	Versión: 01	Fecha de Emisión: 2016-10-27

	<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?

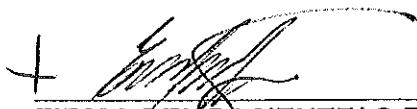
SI ☒ NO ☐

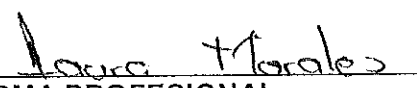
Yo, el/la paciente, declaro que he leído y he comprendido la información que me ha sido brindada por el profesional que me ha brindado la información y he aceptado en el mismo momento, todas las dudas que me han planteado. También declaro que he aceptado el consentimiento informado y he aceptado el riesgo de la intervención.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida y he comprendido 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.

	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. 15990670
 Fecha: 07/07/2017 Hora 6:20


FIRMA PROFESIONAL
 No. Doc. 1019078671
 Fecha: 07- Julio-2017 Hora 6:20

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: _____

Nº Doc. _____

Nº Doc. _____