

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS CONSULTA EXTERNA

F-CE-002

Versión: 01

Fecha de Emisión: 2016-10-27

Página 1 de 4

Fecha23 /01/2017			
Nombre del paciente Naya	-1.	D	61
Tipo documento 7.1	Elaine	190190	oonto kt
Representante logal o condinate	Nymero a	le documento	1016006814

Representante legal o acudiente Loreno Gentales legal cc 1073150392 de Modrid Cond

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 regiamentario 3380 de 1981. Art. 12).

#### SERVICIOS TERAPEUTICOS

SERVICIO	RIESGOS	BENEFICIOS		
Terapia	Golpes o caídas Derivadas de las	Tolerancia al contacto con		
ocupacional	patologías propias de cada paciente	diferentes texturas (blandas,		
	(convulsiones), Estos pueden	liquidas, sólidas)		
	generarse en el momento de la	Acompañamiento personalizado:		
	intervención durante una actividad	intervención guiada por un		
	terapéutica activa o asistida.	profesional especializado en cada		
	Irritaciones dérmicas: Estos se	área.		
	pueden generar por contacto de	Material de intervención: se cuenta		
	aceites, cremas y manejo de			
	diferentes texturas entre otras			
	dentro de la intervención (alergias	s		
	no informadas).			
A	Dolores musculares y/o articulares:			
	se puede derivar por movilidad			
	articular activa o asistida y/o			
	movimientos repetitivos realizados			
	durante la intervención.			
Fisioterapia e	Alergias y/o infección por	Aumento de movilidad articular y		
Hidroterapia	exposición al agua durante la	fuerza muscular de los segmentos		
	intervención en hidroterapia.	corporales afectados.		
	Lesiones osteomusculares	Mantenimiento de condiciones		
	generadas por condiciones	mioarticulares y cualidades propias		
	patológicas no	de la piel de los usuarios. Favorecer adquisición de		
	informadas (osteopenia,	1 4 5 1 5 5 5 1		
The second second	osteoporosis y/o cirugías) durante la	cualidades físicas en el proceso de		

# 105 MMARUEL F - CE - 002

# CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS CONSULTA EXTERNA

Versión: 01

Fecha de Emisión: 2016-10-27

Página 2 de 4

manipulaciones de realización por realizadas manuales terapeuta.

Caídas derivadas de la atención (manejo de marcha, equilibrio)

Dolores musculares y/o articulares: se puede derivar por movilidad asistida articular activa 0 movimientos repetitivos realizados durante la intervención.

zonas Quemaduras enrojecimiento por la aplicación de termoterapia, crioterapia o electro Quemaduras o estimulación. zonas de enrojecimiento por la termoterapia, de aplicación crioterapia o electro estimulación.

rehabilitación.

Afianzamiento al medio acuático funcionalidad permitiendo mayor articular y muscular.

Mejorar condiciones de la marcha en el caso de afecciones presentes.

#### Terapia Respiratoria

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 bucal, Náuseas.

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.

Reduce la sensación de falta de aire.

deglutorio, logrando

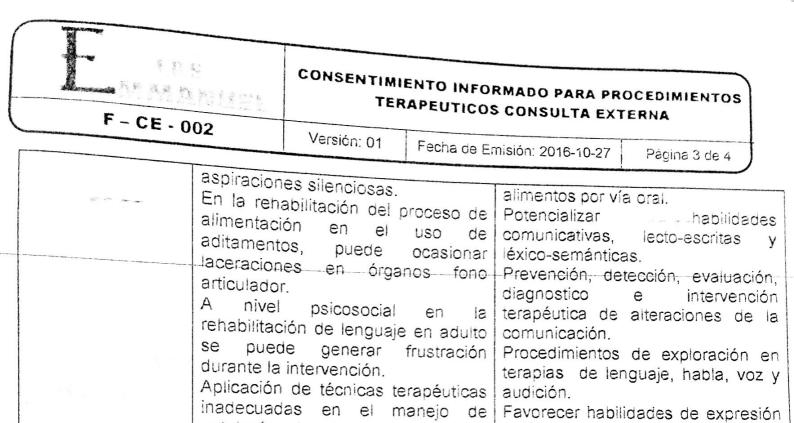
### Fonoaudiología

En el trabajo miofuncional con el manejo de esencias y texturas puede ocasionar alergias a nivel facial.

El manejo de consistencias en la rehabilitación de la disfagia puede ocasionar bronco aspiraciones

Favorecer el proceso comunicativo en modalidades de lenguaje verbal, no-verbal y lecto-escrito. procesos Habilitar/Rehabilitar motores básicos del habla. Favorecer y fortalecer el proceso

ingesta



¿Ε	I profesional	le ha explicado	las ventajas y	posibles	riesgos y	complicaciones	de cada uno
de	los procedim	nientos terapéuti	cos?				

oral y procesos psicosociales.

patologías de voz de las cuales no

se tenga claridad basada en un

examen de apoyo diagnóstico.

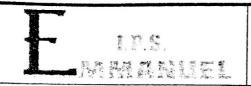
si\_\_X\_\_no\_\_\_\_

¿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.



# CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS CONSULTA EXTERNA

F - CE - 002

Nº Doc.

Versión: 01

Fecha de Emisión: 2016-10-27

Nº Doc.

Página 4 de 4

CO	NS.	FN	ITI	MI	FN	JT	0
$\sim$				3 Y I I	1 1		_,

o ito Ett i i i i i i i i i i i i i i i i i i
FIRMA DEL PACIENTE/ O TUTOR  No. Doc. 101600 68/1/  Fecha: Juliu 23-18 Hora 3:05 pm  Fecha: 23-18 Hora 3:05 pm
DENEGACIÓN PARA EL PROCEDIMIENTO
Yo,
FIRMA DEL PACIENTE O R. LEGAL FIRMA PROFESIONAL