

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS CONSULTA EXTERNA

F-CE-002

Versión: 02

Fecha de Emisión: 2018-09-10

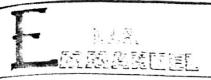
Página 1 de 2

Nombre del paciente Ancionipo documento I ARJETA Representante legal o acudiente de de	1 1 1 0 0 0 0 0	P - 1-	
Nombre del paciente Ana	Isabel Kokas	renoisanda	MANA
Tipo documento I ARIETA	Número de	e documento 10465	14540
Representante legal o acudiente	Ang Penaia	nda	
27601929 de	Cucuta		= ===
Maria	4.0		

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).

SERVICIO	RIESGOS	BENEFICIOS (h land 25
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 materia 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.	
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 bucal, Náuseas.	Evita y reduce el riesgo de infecciones. Elimina la acumulación de secreciones y facilita s expulsión. Refuerza la musculatura respiratoria.



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS CONSULTA EXTERNA

F - CE - 002

Version: 02

Fecha de Emisión: 2018-09-10

Página 2 de 2

Fonoaudiología —	En el trabajo miofuncional con el manejo de esencias y texturas puede ocasionar alergias a nivel facial.  El Esjo de consistencias en la rehabilitación de la disfagia puede ocasionar bronco aspiraciones y aspiraciones silenciosas. En la rehabilitación del proceso de alimentación en el uso de aditamentos, puede ocasionar laceraciones en órganos fono articulador.  A nivel psicosocial en la rehabilitación de lenguaje en adulto se puede generar frustración durante la intervención. Aplicación de técnicas terapéuticas inadecuadas en el manejo de patologias de voz de las cuales no se tenga claridad basada en un examen de apoyo diagnóstico.	Favorecer el proceso comunicativo en modalidades de lenguaje verbal, no-verbal y lecio escrito. Habilitar/Rehabilitar procesos motores básicos ociosola plando ingesta de alimentos por via oral. Potencializar habilidades comunicativas, lecto-escritas y léxico-semánticas. Prevención, detección, evaluación, diagnostico e intervención terapéutica de alteraciones de la comunicación. Procedimientos de exploración en terapias de lenguaje, habla, voz y audición. Favorecer habilidades de expresión oral y procesos psicosociales.
¿El profesional le ha explicado	o las ventajas y posibles riesgos y complicaciones de cada uno de lo	s procedimientos terapéuticos?
sı X no		
31		
¿Está satisfecho con la inform	nación que se le ha brindado?	
sı 🗴 NO		
de dar ninguna explicación, p  Por ello, manifiesto que estos	iones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencino y el smo, me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. También quedo revocar el consentimiento que ahora presto de los tratamien y satisfecho (a) con la información recibida y que comprendo el alc. I procedimiento propuesto, declaro que he sido advertido en el si de medio, pero no de resultado.	and the control del tratamiento y en tales condiciones.
	CONSENTIMIENTO	
FIRMA DEL PACIENTE/O TUT No. Doc 27 60 1929 Fecha: 11 09-1		1078289 19-18 Hora
	DENEGACIÓN PARA EL PROCEDIMIENTO	
Yo	, habiendo sido informado (a) de la naturaleza y i ción para su realización, haciéndome responsable de las consecue Fecha:	número de identificación riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma encias que puedan derivarse de esta decisión. Hora
	FIRMA PROF	ESKONAL
FIRMA DEL PACIENTE O R. LE	(GAL FIRMA PROF	
	M® Drov	