

	TERAPIAS C.T.J S.A.S. PROCESO TERAPIA INTEGRAL FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO TERAPIA RESPIRATORIA	Código: 004-CTJD-HC-FO-CTR Versión: 2 Fecha: 2-2-2023 Página 1
---	---	---

En mi condición de paciente y/o representante del paciente, identificado como aparece al pie de la firma, autorizo al profesional adscrito a la **IPS TERAPIAS CATHERIN TATIANA JIMENEZ S.A.S.** quienes obran como mis terapeutas tratantes, para que en el ejercicio legal de su profesión lleve a cabo el manejo terapéutico y procedimientos necesarios según se determinen en las ordenes medicas correspondientes al **DIAGNOSTICO MEDICO**; por medio del plan de tratamiento que incluirá:

FORTALECIMIENTO MUSCULATURA RESPIRATORIA	MANEJO DE SECRECIONES	OBSERVACIONES
Uso de Incentivo	Succión	Los medicamentos, insumos y dispositivos médicos son suministrados por el paciente y los equipos por la Eps para el caso de la succión.
Educación en respiración	Aplicación de IDM / MNB	
Expansión Torácica	Ducha nasal	

El profesional encargado me ha explicado de forma suficiente y adecuada en que consiste el tratamiento a realizar. Además, me ha explicado Beneficios:

Mejora el aclaramiento mucociliar	Disminuir la disnea y otros signos propios de las distintas enfermedades respiratorias
Mejora la fuerza y resistencia de la musculatura global y específica de los músculos ventilatorios.	Disminuir la dosis farmacológica y así no tenga que pautarse en forma reiterada
Propender por la disminución de infecciones respiratorias	

También he sido enterado de las posibles complicaciones o molestias que pueden presentarse, me ha permitido hacer preguntas y me ha respondido satisfactoriamente. También me ha explicado los **riesgos** de este tratamiento como:

MEDICAMENTOS
Administración de medicamentos previa orden medica
Alergia no conocida derivada de la administración de medicamentos inhalados
Efectos secundarios de los medicamentos como cefalea taquicardia sequedad nauseas molestias digestivas

Comprendo y acepto **SI** **NO** las implicaciones del presente consentimiento informado y dejo constancia que los espacios en blanco han sido llenados antes de mi firma. como también me han explicado la naturaleza y el propósito del manejo terapéutico intramural _____ domiciliario _____

Alternativas de tratamiento: _____

Como paciente, usted tiene derecho a ser informado de los beneficios y de los riesgos derivados de la asistencia presencial y/o atención domiciliaria a los servicios de la **IPS TERAPIAS CATHERIN TATIANA JIMENEZ S.A.S.** en cualquiera de sus ubicaciones. El propósito de esta información es que usted conozca los riesgos de la comparecencia a tratamiento terapéutico, y pueda tomar la decisión, libre y voluntaria, de autorizar o de rechazar dicha consulta o tratamiento.

FIRMA: _____
NOMBRE: _____
DOCUMENTO DE ID: _____

En caso de ser menor de edad, padecer discapacidad, limitación funcional firmara la persona responsable del Paciente con Documento arriba señalado. Quien es usuario(a) del servicio de **TERAPIA RESPIRATORIA**.

FIRMA DEL USUARIO O PERSONA RESPONSABLE: _____ **PARENTESCO:** _____

Autorizo, igualmente a diligenciamiento digital del presente consentimiento SI NO

El suscrito profesional, deja constancia que ha explicado la naturaleza, propósitos, beneficios, riesgos y alternativa del tratamiento señalado y que ha respondido todas las preguntas formuladas por el paciente o la persona responsable de este. En constancia se firma en Bogotá a los _____ () días del mes de _____ de _____.

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL: _____

REVOCACION DE CONSENTIMIENTO

Quien suscribe la presente revocatoria, identificado (a) como aparece al pie de mi firma, mayor de edad, en pleno uso de mis facultades mentales, en calidad de paciente, representante y/o tutor: del paciente identificado como aparece al pie de la firma manifiesto que **REVOCO** el consentimiento prestado en fecha y declaro por tanto que, tras la información recibida, no consiento la atención en el servicio de: TERAPIA RESPIRATORIA de la **IPS TERAPIAS CATHERIN TATIANA JIMENEZ S.A.S.** y le exono de toda responsabilidad

FIRMA: _____
NOMBRE: _____
DOCUMENTO DE ID: _____