

	TERAPIAS C.T.J S.A.S.	Código: 002-CTJ-HC-FO-CTF
	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO FISIOTERAPIA	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 encargado de esta área a realizar los procedimientos correspondientes al **DIAGNOSTICO MEDICO:** \_\_\_\_\_; por medio del **plan de tratamiento** que incluirá:

TERAPIA SEDATIVA	ELECTROTERAPIA	MECANOTERAPIA	EJERCICIOS
Paquete caliente / frio	T.E.N.S	Caminadora / escaladora	Tec. Fortalecimiento
Crio masaje / contraste	Electro estimulación	Elíptica /estática	Tec. Estiramiento
Masaje / parafina	Ultrasonido / vibración	Barras paralelas / Balancín	Balones para ejercicios

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

Disminuir Dolor	Educación en Higiene postural	Aumentar Movilidad
Evitar Espasmos	Mejorar Flexibilidad	Promover Marcha
Disminuir inflamación	Fortalecimiento muscular	Aumentar Propiocepción

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:

TERAPIA SEDATIVA	ELECTROTERAPIA	MECANOTERAPIA	OTROS
Quemaduras	Quemadura	Desgarro	Hematomas
Dermatitis	Lesión de Piel	Caídas	Desgarro
Alergias	Vértigo	Aumento del Dolor	Dolor
Aumento del Dolor	Hipotensión		Agotamiento
Vértigo			Fatiga Muscular

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 **FISIOTERAPIA O TERAPIA OCUPACIONAL**

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: FISIOTERAPIA O TERAPIA OCUPACIONAL de la IPS TERAPIAS CATHERIN TATIANA JIMENEZ S.A.S. y le exonero de toda responsabilidad

FIRMA: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE: \_\_\_\_\_  
 DOCUMENTO DE ID: \_\_\_\_\_