

	TERAPIAS C.T.J S.A.S.	Código: 005-CTJ-HC-FO-CFO
	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO FONOAUDIOLOGIA	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 actividades encaminadas a fortalecer en :

NINOS Y JOVENES	ADULTOS
Manejo de consistencias alimentarias.	Tratamiento de voz
Manejo de articulación para comunicación efectiva	Tratamiento para manejo de deglución
Fortalecimiento de escritura y lectura	Terapia de rehabilitación por ACV y Covid – 19
Acciones de empuje lingual o posicionamiento de la lengua	Terapia para manejo de apnea de sueño
Terapia para manejo de apnea de sueño	

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 de la lengua en habla y reposo
Evitar Espasmos	Mejorar Flexibilidad	Promover habilidades de escritura y lectura
Disminuir inflamación	Fortalecimiento muscular	Mejoramiento de comunicación en el entorno
Favorecer el proceso de alimentación	Mantener cualidades de voz en sus roles	Disminuir ruido en el oído

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:

VIBRO TERAPIA	ELECTROTERAPIA	MECANOTERAPIA	OTROS
Episodios Convulsivos	Quemadura	Desgarro	Hematomas
Hiper-reacción de los grupos musculares trabajados	Lesión de Piel	Caídas	Desgarro
Enrojecimiento por cambio de texturas trabajadas a nivel intra peri-oral de forma simultanea	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 **FONOAUDIOLOGIA**.

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: FONOAUDIOLOGIA de la IPS TERAPIAS CATHERIN TATIANA JIMENEZ S.A.S. y le exonero de toda responsabilidad

FIRMA: _____
 NOMBRE: _____
 DOCUMENTO DE ID: _____