	PROTECCION DE DATOS PERSONALES CONSENTIMIENTO INFORMADO TERAPIA FISICA	CODIGO: FOR-SR-15
		VERSION: 02
		PAGINA: 2 de 2
		FECHA: Diciembre de 2019

Fecha: 30-03-22

Teniendo en cuenta lo anterior consiento que se me realice la VALORACION Y/O ATENCION POR EL SERVICIO DE TERAPIA FISICA Y/O FISIOTERAPIA en la modalidad extramural domiciliaria en mí o en el (la) paciente Jose guillermo Identificado (a) con Cedula de Ciudadanía Registro civil Tarjeta de identidad Cedula de extranjería Otro documento Número 19260665

Manifiesto que se me ha explicado el proceso de intervención terapéutica el cual se desarrolla en sesiones de atención determinadas por el (la) profesional tratante de acuerdo a diagnóstico y plan de tratamiento emitido según las necesidades clínicas identificadas y de acuerdo a orden médica.

- OBJETIVOS:**
- o Evaluar, impedir, corregir, aliviar y/o limitar o disminuir la incapacidad física, alteraciones motrices – cognitivas – de habla – de funcionalidad – postura, así como el dolor que se derive de los desórdenes congénitos y de las condiciones de envejecimiento, lesiones o enfermedades.
 - o Brindar el tratamiento fisioterapéutico que más se adecúe a las necesidades y objetivo acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad.

- BENEFICIOS:**
- Valorar estado de determinada patología y/o estructura musculoesquelética e independencia funcional Rehabilitación Osteomuscular- Disminución del dolor e inflamación- Disminución de retracciones musculares.
 - Mejorar movilidad articular- Mejorar tono y fuerza muscular - Mejorar postura
 - Preparación pre quirúrgica y Recuperación pos quirúrgica
 - Rehabilitación de la marcha y Habilitar funciones del cuerpo humano
 - Generar independencia en las actividades de la vida diaria **POSIBLES RIESGOS Y/ O COMPLICACIONES:**
 - Sobre estiramiento muscular- Fractura y/o lesión articular.
 - Quemaduras por frio o calor- Fatiga y/o alergia.
 - Dolor y/o mareo- Hematoma.
 - Caídas desde su propia altura- Fallas por identificación del paciente. Diagnóstico errado.

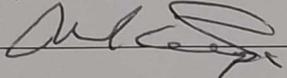
- RECOMENDACIONES**
- o El éxito del tratamiento depende de la continuidad en las sesiones de atención por favor verifique bien previamente horarios con la terapeuta
 - o Asista en ropa cómoda para mayor comodidad durante la terapia o Siempre lleve su toalla personal previamente limpia
 - o Acate las recomendaciones emitidas por la terapeuta durante la realización de la terapia: Postura y número de repeticiones del ejercicio etc o Realice las actividades indicadas por la terapeuta en casa y/ o en el trabajo o Al finalizar el tratamiento desarrolle el plan casero indicado por la terapeuta

Entiendo que toda información concerniente al diagnóstico, tratamiento y evolución será en todo caso manejado con confidencialidad y acepto que, en los casos que obligue la ley, la información de la historia clínica solo puede ser presentada a las autoridades judiciales competentes.

He comprendido que las recomendaciones que emita la profesional tratante deben cumplirse a cabalidad para que el proceso terapéutico sea eficiente y se puedan generar los resultados objetivo del plan de tratamiento; por lo cual me comprometo a acatarlas y cumplirlas a cabalidad, así como también me comprometo a asistir de manera puntual a las sesiones programadas, teniendo en cuenta que las inasistencias afectan y retrasan los objetivos propuestos en el plan de tratamiento.

Personalmente y bajo la potestad de decir la verdad declaro que proporcioné la información sobre el procedimiento a realizar, considerando todos y cada uno de los puntos anteriormente mencionados.

Expreso mi consentimiento para realizar el proceso de atención terapéutica mediante el servicio de Terapia Física en la modalidad extramural domiciliaria.

Nombre y firma del paciente:  Nombre y firma del profesional: _____
 C.C. 19260665 T.P. _____

Declaro que rechazo y NO autorizo el proceso de valoración mediante el servicio de Terapia Física, a pesar de las consecuencias que ello implica.

Nombre y firma del paciente: _____ C.C. _____

El día de hoy, _____, declaro de manera voluntaria que no deseo continuar con el proceso mediante el tratamiento de Fisioterapia al cual me he sometido y acepto las consecuencias que se deriven de esta decisión.

_____ Nombre y firma del paciente y/o acudiente del paciente.

C.C. _____