

Fecha: 05-04-22  
 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 \_\_\_\_\_ identificado (a) con Cedula de Ciudadanía  Registro civil  Tarjeta de identidad  Cédula de extranjería  Otro documento \_\_\_\_\_ Número 1027325615

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:**

- 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.
- 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 frío o calor- Fatiga y/o alergia.
- ✓ Dolor y/o mareo- Hematoma.
- ✓ Caídas desde su propia altura- Fallas por identificación del paciente.
- ✓ Diagnóstico errado.

**RECOMENDACIONES**

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

Nombre y firma del paciente:

Nombre y firma del profesional:

\_\_\_\_\_  
C.C \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
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: Diana Marcela Taravino

C.C. 52751071 Bfa

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 \_\_\_\_\_