CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FISIOTERAPIA

INTRODUCCIÓN

Apreciado Usuario:

Usted va a ser sometido a un procedimiento quirúrgico, invasivo no quirúrgico o terapéutico por el grupo de especialistas del Hospital Universitario San Ignacio. En este documento se explican con claridad, profundidad y en un lenguaje comprensible las más importantes características de la intervención sugerida, su indicación, beneficios y potenciales riesgos. Lo invitamos a leerlo con atención y a discutirlo con su médico tratante quien gustosamente responderá sus preguntas.

En señal de conformidad con la información recibida y con la realización de la intervención quirúrgica, deberá usted firmar el formato correspondiente. Solo con su autorización podremos programarlo y realizarle la intervención descrita.

INFORMACIÓN GENERAL

FISIOTERAPIA

Es el conjunto de métodos que mediante la aplicación de agentes físicos permite curar, recuperar, adaptar y prevenir las disfunciones físicas de orden músculo-esquelético y neurológico.
La fisioterapia está indicada cuando, la persona ha perdido o se encuentra en riesgo de perder de forma temporal o permanente el adecuado movimiento y con ello las funciones físicas.
Dentro del esquema de tratamiento están incluidas las pruebas manuales para determinar el nivel de la lesión, así como, la fuerza muscular basal, las capacidades funcionales, la amplitud de movimiento articular, para a partir de estas determinaciones definir las ayudas necesarias para recuperar la independencia funcional.
Entre los beneficios de la Terapia Física está el devolverle la movilidad, la libertad y la independencia a personas de todas las edades, reduciendo el impacto a largo plazo de la enfermedad o el accidente, además de disminuir el tiempo de limitación funcional.
La terapia física puede originar molestias y en algunas ocasiones complicaciones tales como, incremento del dolor, mareo o náuseas. Es importante seguir al pie de la letra las instrucciones dadas por el terapeuta con el fin de obtener los resultados apropiados.
Ningún procedimiento está exento de riesgos importantes, incluyendo la muerte, aunque esta posibilidad es infrecuente. En caso de ocurrir alguna complicación el hospital procederá con los medios y recursos necesarios para su control.

COPIA CONTROLADA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FISIOTERAPIA

AUTORIZACIÓN

He comprendido las explicaciones que, en un lenguaje claro y sencillo, se me han brindado y el médico que me ha atendido me ha permitido expresar todas mis observaciones y me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado respecto a los fines, alternativas, métodos, ventajas, inconvenientes y pronóstico de la intervención, así como de los riesgos y complicaciones que por mi situación actual pueden surgir, en especial las siguientes:

_____
_____
_____
_____
_____

También he sido informado que durante el acto quirúrgico, procedimiento o tratamiento se pueden presentar imprevistos que hagan al equipo médico variar la técnica o plan de manejo programado. Asimismo, he entendido y acepto que durante el procedimiento/tratamiento se podrán realizar fotografías o grabar imágenes que luego se conservarán y se podrán transmitir con fines científicos y/o de docencia y utilizar en sesiones clínicas, juntas facultativas, conferencias, congresos, publicaciones médicas y actos científicos, sin que en las mismas figure mi identidad. En el mismo sentido he sido informado que este Hospital es un centro docente y que participaran en mi atención profesionales en entrenamiento, bajo supervisión del grupo de especialistas del servicio.

Por ello, manifiesto que me considero satisfecho/a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este procedimiento/tratamiento.
Ningún procedimiento está exento de riesgos importantes, incluyendo la muerte, aunque esta posibilidad es infrecuente.

En caso de ocurrir alguna complicación, el Hospital procederá con los medios y recursos que se requieran para su control, intentando minimizar en lo posible sus consecuencias.

Yo _____
Fecha_____

- He comprendido la naturaleza y propósitos de la intervención que me ha sido explicada satisfactoriamente por el médico _____ y he podido formular todas las preguntas que he considerado oportunas.

COPIA CONTROLADA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FISIOTERAPIA

• La cirugía descrita está aceptada por la especialidad _____ como la mejor alternativa para solucionar mi problema y no existe una contraindicación
especial para su realización.

• He sido informado de los métodos alternativos de tratamiento, en caso de que los hubiese, al igual que las ventajas y desventajas de cada uno de ellos.

• He informado al médico _____ de mis enfermedades generales para la valoración de las posibles contraindicaciones.

• Puedo retirar la autorización para la cirugía si lo estimo oportuno, sin que ello repercuta en los restantes cuidados médicos.

• Soy consciente de los riesgos propios del tratamiento indicado, así como los derivados de la anestesia que en mi caso se aplique.

• Soy consciente que no existen garantías absolutas de obtener resultados satisfactorios.

Información complementaria solicitada y/o circunstancia especial: _____
_____
_____

Así pues, de forma voluntaria, doy mi consentimiento:

• Para que se me realice dicho(s) procedimiento(s) quirúrgico(s), así como las maniobras u operaciones que sean necesarias durante la intervención y para que asista el personal autorizado. SI NO

• Para que se me administre la anestesia que se considere adecuada para la operación, así como las medidas complementarias oportunas. SI NO

• Para que se puedan realizar fotografías o/y grabar la intervención, así como su utilización con fines didácticos o científicos sin que se divulgue el nombre del paciente o sus familiares. SI NO

COPIA CONTROLADA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FISIOTERAPIA

- Para que, en caso de necesidad se me hagan transfusiones de sangre y/o hemoderivados. SI NO

Firmas

Paciente _____

Acudiente o tutor_____

Médico _____

Testigo_____

COPIA CONTROLADA