

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PACIENTES

Fecha: _____

Yo: _____ de _____ edad.

Declaro que he sido informado/a sobre los procedimientos, riesgos y beneficios de las intervenciones, exploraciones, pruebas físicas y/o tratamientos de terapia física que se me aplicarán.

He puesto en conocimiento los datos sobre mi estado físico o antecedentes de salud y he tenido oportunidad de aclarar cuantas dudas tenía sobre las actuaciones a realizar.

He sido también informado/a de que mis datos personales serán protegidos y no serán usados sin mi consentimiento previo.

Así mismo, decido dar mi conformidad, libre, voluntaria y consciente para que se me realicen las actuaciones indicadas previamente, con conocimiento de los eventuales riesgos que origina, los cuales acepto.

Firma

TERAPEUTA FÍSICO/ PASANTE / PRACTICANTE.

Yo: _____ de la Universidad Politécnica de Amozoc, declaro haber facilitado al paciente y/o persona autorizada, toda la información necesaria para la aplicación de las intervenciones indicadas y declaro haber confirmado, que el paciente no incurre en ninguno de los casos de contraindicación, así como haber tomado todas las precauciones necesarias para que la aplicación de los tratamientos sea adecuada y segura.

Firma

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PACIENTES

DEL TUTOR/CUIDADOR DEL PACIENTE

Fecha: _____

AUTORIZACIÓN DEL TUTOR O CUIDADOR

Ante la imposibilidad de la o el paciente: _____ para autorizar que se le realicen las actuaciones de terapia física indicadas, declaro que yo: _____ de _____ edad, he sido informado sobre los procedimientos, riesgos y beneficios de las intervenciones, exploraciones, pruebas físicas y/o tratamientos que se aplicarán y doy mi conformidad libre, voluntaria y consciente en calidad de: padre, madre, tutor legal, familiar o cuidador.

He tenido oportunidad de aclarar cuantas dudas tenía sobre las actuaciones a realizar y también he sido informado/a de que los datos personales serán protegidos y no serán usados sin mi consentimiento previo.

Nombre y firma

TERAPEUTA FÍSICO/ PASANTE / PRACTICANTE.

Yo: _____ de la Universidad Politécnica de Amozoc, declaro haber facilitado al paciente y/o persona autorizada, toda la información necesaria para la aplicación de las intervenciones indicadas y declaro haber confirmado, que el paciente no incurre en ninguno de los casos de contraindicación, así como haber tomado todas las precauciones necesarias para que la aplicación de los tratamientos sea adecuada y segura.

Firma