

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PACIENTES

1 Fecha: _____

Yo: _____ 2 de _____ 3 años de edad.

Declaro que he sido informada/o 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 los tratamientos a realizar.

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

Asimismo, decido dar mi conformidad, libre, voluntaria y consciente para que se me realicen los tratamientos indicados previamente, con conocimiento de los eventuales riesgos que origina, los cuales acepto.

4

Firma

TERAPEUTA FÍSICO/ PASANTE / PRACTICANTE

5

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 la o 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.

6

Firma

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PACIENTES

DE LAS Y LOS TUTORES O CUIDADORES DE PACIENTES

Fecha:  _____

AUTORIZACIÓN DE LA O EL TUTOR O CUIDADOR

 Ante la imposibilidad de la o el paciente:  _____  _____  _____
de _____ de edad para autorizar que se le realicen los tratamientos de terapia física
indicados, declaro que yo: _____ de
_____ años de edad, he sido informada/o 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, tutora o tutor legal, familiar o
cuidadores.

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



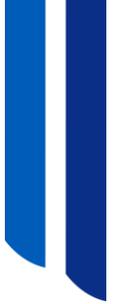
Firma

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 la o 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

Instructivo para el llenado del registro R-VIN-06-04 Consentimiento informado de pacientes

Campo	Concepto	Llenado del campo	Responsable
1	Fecha	Anotar la fecha del día	Paciente
2	Nombre de la o el paciente	Anotar el nombre de la o el paciente	
3	Edad	Anotar la edad de la o el paciente	
4	Firma	Firma de consentimiento de la o el paciente	
5	Nombre de la o el terapeuta físico/pasante/practicante	Nombre de quien proporcione la información a la o el paciente.	Coordinación de Clínica de Rehabilitación/pasante/practicante de estadía
6	Firma de la o el terapeuta físico/pasante/practicante	Firma de quien proporcione la información a la o el paciente.	
7	Fecha	Anotar la fecha del día	La o el tutor o cuidador
8	Nombre de la o el paciente	Anotar el nombre de la o el paciente	
9	Edad	Anotar la edad de la o el paciente	
10	Nombre de la o el tutor o cuidador	Anotar el nombre de la o el tutor o cuidador	
11	Edad de la o el tutor o cuidador	Anotar la edad de la o el tutor o cuidador	
12	Firma de la o el tutor o cuidador	Firma de la o el tutor o cuidador	
13	Nombre de la o el terapeuta físico/pasante/practicante	Nombre de quien proporcione la información a la o el paciente.	Coordinación de Clínica de Rehabilitación/pasante/practicante de estadía
14	Firma de la o el terapeuta físico/pasante/practicante	Firma de quien proporcione la información a la o el paciente.	