

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PACIENTES**

Fecha: \_\_\_\_\_

Yo: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 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.

\_\_\_\_\_  
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****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