INTRODUCCIÓN

**Apreciado Paciente:**

Usted va a ser sometido a un procedimiento quirúrgico, invasivo no quirúrgico o terapéutico, por el grupo de especialistas del Hospital General de Salud Para Todos. 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, así como a exponer todas sus dudas, las cuales su médico resolverá con gusto.

En señal de conformidad con la información recibida y con la realización del procedimiento, deberá usted firmar el formato correspondiente. Solo con su autorización podremos programarlo y llevar a cabo el mismo.

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.

AUTORIZACIÓN

He comprendido con claridad las explicaciones que me fueron brindadas por mi médico tratante, quien me ha comunicado de manera clara y sencilla todo lo relacionado a mi padecimiento y al procedimiento que se aplicará para el manejo del mismo. Asimismo, se me dio la oportunidad de exponer todas mis dudas e inquietudes respecto a alternativas de tratamiento, ventajas, inconvenientes, objetivo de la intervención, así como los posibles riesgos y complicaciones, quedando todas ellas satisfactoriamente resueltas. Dentro de dichas complicaciones y tomando en cuenta mi estado de salud actual, se me mencionaron las siguientes:

También se me ha informado que durante el procedimiento quirúrgico o tratamiento, podrían presentarse imprevistos que provoquen que el equipo médico varíe la técnica o plan de manejo programado.

Por ello, manifiesto que me considero conforme y satisfecho con la información recibida y que comprendo las implicaciones, alcance y riesgos que este procedimiento/tratamiento pudiera conllevar.

Se ha hecho de mi conocimiento que todo procedimiento está sujeto a riesgos importantes, incluyendo la muerte. En caso de presentarse alguna complicación, el Hospital procederá de acuerdo al protocolo de manejo de medios y recursos requeridos para controlar la situación, procurando minimizar las consecuencias y prevenir mayores complicaciones ocasionadas por las mismas.

**Lugar y fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Yo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Hago constar que comprendo la naturaleza y propósito del procedimiento al cual seré sometido, mismo que me ha sido explicado satisfactoriamente por mi médico tratante, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, quien además ha resuelto todas mis dudas.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FISIOTERAPIA

La cirugía descrita está aceptada como la mejor alternativa para solucionar mi padecimiento y no existe una contraindicación particular para su realización.

Me fueron informados los métodos alternativos posibles, así como las ventajas y desventajas de cada uno de ellos.

He informado al médico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cuáles son mis padecimientos y/o enfermedades actuales para que se pudieran considerar posibles contraindicaciones.

Me queda claro que tengo la capacidad de retirar la autorización para el procedimiento, si por alguna razón me parece oportuno, lo cual no tendrá repercusión alguna en los cuidados médicos adicionales.

Tengo consciencia plena de los riesgos inherentes al procedimiento y los derivados de la anestesia, en caso de que fuese necesaria su aplicación. Asimismo, acepto que no es posible garantizar de manera absoluta que los resultados obtenidos serán completamente satisfactorios.

INFORMACIÓN ADICIONAL

TRAS HABER RECIBIDO LA INFORMACIÓN NECESARIA Y SATISFACTORIA, ACCEDO DE MANERA VOLUNTARIA A DAR MI CONSENTIMIENTO PARA:

* Para que se me realice dicho(s) procedimiento(s), así como las maniobras u operaciones que se juzguen pertinentes durante la intervención, con la asistencia del personal autorizado.



* Para que me sea administrada la anestesia que se considere adecuada para la cirugía y cualquier otra medida complementaria oportuna.
* En caso de necesidad reciba una transfusión de sangre.



**Firmas**

* Paciente o tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Médico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Testigo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_