

Fecha: ____/____/____

Yo _____, identificado con (CC) (CE) número _____, en calidad de paciente autorizo a CIFEL Centro de Investigación en Fisiatría y Electrodiagnóstico a realizar el procedimiento ANALISIS CUANTITATIVO SENSORIAL, el cual acepto voluntariamente y soy consciente de que tiene un objetivo diagnóstico.

Certifico que he recibido la información necesaria respecto al procedimiento, y han sido contestadas las inquietudes frente al procedimiento:

Es muy importante que usted lea y entienda los siguientes puntos sobre la realización de este procedimiento:

1. Antes de iniciar el estudio, informe al médico los antecedentes médicos importantes.
3. La realización del estudio y su decisión sobre aceptarlo es totalmente voluntaria.
4. El objetivo de este estudio es determinar umbrales sensitivos en las modalidades térmicas fría, calor, dolor y vibración.
5. Si tiene algún interrogante con relación al estudio, hágalo al médico que lo realizará.
6. Durante el procedimiento se le indica que se le van a presentar una serie de estímulos a distintas intensidades, y lo que debe hacer es indicar si tiene o no percepción de dicho estímulo registrando sus respuestas en el dispositivo destinado para tal fin.
7. El principal riesgo derivado de este estudio, observado en un 3% de los pacientes es una lesión transitoria en piel por la aplicación de temperaturas.
8. Los resultados de este procedimiento podrán ser utilizados con fines de investigación, garantizando en todo momento confidencialidad absoluta de sus datos personales.
9. Usted tiene libertad de decidir si no quiere que se le realice el procedimiento en cualquier momento.

Autorización a mi familiar y/o cuidador

Ante la imposibilidad de mi familiar _____ identificado con (CC) (CE) número _____, yo _____ identificado con (CC) (CE) número _____ en mi calidad de cuidador, autorizo a CIFEL Centro Investigación en Fisiatría y Electrodiagnóstico para realizar el procedimiento arriba mencionado, certificando lo descrito en los párrafos anteriores.

Firma del paciente o responsable
Nombre:
CC:
Teléfono:

Firma del médico
Nombre:
RM: