

	<p style="text-align: center;">CIFEL Centro de Investigación en Fisiatría y Electrodiagnóstico S.A.S.</p>
<p style="text-align: center;">PROCEDIMIENTO ÁREA DE FISIATRÍA</p>	<p style="text-align: center;">CONSENTIMIENTO INFORMADO APLICACIÓN DE TOXINA BOTULÍNICA</p>

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 APLICACIÓN DE TOXINA BOTULÍNICA, el cual acepto voluntariamente y soy consciente de que tiene un objetivo terapéutico y/o diagnóstico.

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

- La toxina botulínica se aplica a nivel intramuscular utilizando para tal fin agujas hipodérmicas desechables.
- Existe la posibilidad de que se produzca un pequeño sangrado en los sitios de punción, así como en el mediano plazo hay riesgo menor de infección, lo cual se puede sospechar si el sitio de la punción se torna caliente, hinchado, con coloración roja o con supuración.
- La toxina botulínica ocasiona debilidad en los músculos inyectados, por lo que es esperable que se presente en los segmentos interferidos. Con menor frecuencia puede suceder debilidad muscular generalizada o dificultad para deglutir alimentos.
- Certifico que conozco las vías de comunicación para informar al médico tratante o a la institución cualquier eventualidad que sea consecuencia del procedimiento.
- Los resultados de este procedimiento podrán ser utilizados con fines de investigación, garantizando en todo momento confidencialidad absoluta.

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:

Firma del médico
Nombre:
RM: