

	<p align="center"><b>CIFEL</b> Centro de Investigación en Fisiatría y Electrodiagnóstico S.A.S.</p>
<p align="center"><b>PROCEDIMIENTO ÁREA DE FISIATRÍA</b></p>	<p align="center"><b>CONSENTIMIENTO INFORMADO ELECTROMIOGRAFIA LARINGEA</b></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 ELECTROMIOGRAFIA LARINGEA, 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:

- Para la realización de la electromiografía se utilizan electrodos de aguja a nivel de los músculos de la laringe.
- 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.
- En caso de estar indicado se aplicará anestesia local con el medicamento Lidocaína sin epinefrina a nivel de la piel del cuello.
- Algunos pacientes son alérgicos a la lidocaína o a otros medicamentos, de ser así infórmelo al médico antes del procedimiento.
- En algunos casos, la lidocaína puede producir algo de mareo después de la aplicación, por esta razón no abandone nuestras instalaciones antes de 15 minutos después de terminado el procedimiento
- 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: