

	<b>CIFEL</b> Centro de Investigación en Fisiatría y Electrodiagnóstico S.A.S.
<b>PROCEDIMIENTO ÁREA DE FISIATRÍA</b>	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO ONDAS DE CHOQUE</b>

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 ONDAS DE CHOQUE RADIALES, 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:

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

1. Antes de iniciar el procedimiento, informe al médico:
 

Está embarazada	SI	NO
Presenta tumor maligno	SI	NO
3. La realización del procedimiento y su decisión sobre aceptarlo es totalmente voluntaria.
4. Si tiene algún interrogante con relación al procedimiento infórmele al médico que lo realizará.
5. Durante el procedimiento usted va a sentir estímulos levemente dolorosos (ondas de choque) en las zonas indicadas por su médico tratante.
6. Se realizaran un total de \_\_\_\_\_ sesiones del procedimiento.
7. Los resultados de este procedimiento podrán ser utilizados con fines de investigación, garantizando en todo momento confidencialidad absoluta.
8. Usted tiene libertad de decidir si no quiere que se le realice el procedimiento en cualquier momento.
9. Certifico que conozco las vías de comunicación para informar al médico tratante o a la institución cualquier eventualidad que sea consecuencia del procedimiento.

**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: