

	<p style="text-align: center;"><b>CIFEL</b> Centro de Investigación en Fisiatría y Electrodiagnóstico S.A.S.</p>
<p style="text-align: center;"><b>PROCEDIMIENTO ÁREA DE FISIATRÍA</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>CONSENTIMIENTO INFORMADO ELECTROMIOGRAFÍA Y NEUROCONDUCCIÓN</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 ELECTROMIOGRAFÍA Y NEUROCONDUCCIÓN, 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 a explorar y para la neuroconducción se emplean estímulos eléctricos de baja intensidad.
- 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 algunas ocasiones este examen puede ser apoyado por médicos en formación para ser especialistas, con supervisión del profesional a cargo de la atención.
- 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: