

	<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 POTENCIALES EVOCADOS SOMATOSENSORIALES</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 POTENCIALES EVOCADOS SOMATOSENSORIALES, 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 los potenciales evocados somatosensoriales se colocan electrodos de superficie a nivel de la frente y cuero cabelludo, utilizando una crema que produce un poco de abrasión en la piel.
- Así mismo se aplica un estímulo eléctrico de baja intensidad a nivel del nervio a explorar.
- Certifico que conozco las vías de comunicación para informar al médico tratante o a la institución cualquier eventualidad que sea consecuencia del procedimiento.
- En algunas ocasiones este examen puede ser apoyado por médicos en formación para ser especialistas, con supervisión del profesional a cargo de la atención.
- 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: