

	<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 POTENCIALES EVOCADOS VISUALES</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 POTENCIALES EVOCADOS VISUALES, 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 visuales 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.
- 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: