CIFEL Fisiatría - Electrodiagnóstico Ecografía Neuromuscular	**CIFEL** Centro de Investigación en Fisiatría y Electrodiagnóstico S.A.S.
PROCEDIMIENTO ÁREA DE FISIATRÍA	**CONSENTIMIENTO INFORMADO ELECTROMIOGRAFÍA Y NEUROCONDUCCIÓN**

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 MOTORES (PEM), 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 del estudio de potenciales evocados motores se utiliza un estímulo magnético no invasivo aplicado sobre el cuero cabelludo o la región cervical/lumbar, que genera una activación de estructuras del sistema nervioso central, evaluando la integridad funcional de las vías motoras.
- Este procedimiento puede generar una sensación de contracción muscular leve o molestias transitorias en el cuero cabelludo. En casos excepcionales puede inducir cefalea, fatiga o incomodidad. Es muy bajo el riesgo de eventos adversos mayores, los cuales serán evaluados previamente por el profesional a cargo.
- 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.

Autorizo el envío de los resultados de mi examen, al correo electrónico registrado.

_____

Firma del paciente o responsable
Nombre:
CC:

_____

Firma del médico
Nombre:
RM: