CIFEL Centro de Rehabilitación Integral	**CIFEL** Centro de Investigación en Fisiatría y Electrodiagnóstico S.A.S.
REHABILITACION INTEGRAL PROCEDIMIENTO FISIATRÍA ÁREA INFANTIL	**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Fecha: ____/____/_____

Yo _____, identificado con (CC) (CE), número _____, representante legal del menor _____ identificado con (RC) (TI), número _____; autorizo a CIFEL Centro de Rehabilitación Integral a realizar el procedimiento _____, 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 posible que mi representado sienta una punción y/o estímulos eléctricos en las zonas respectivas.
- En caso de estar indicado en el manejo de su patología se aplicará el medicamento_____en la zona respectiva.
- 1 de cada 100 personas queda una pequeña cantidad de sangre debajo de la piel lo cual causará un pequeño hematoma.
- El riesgo de inyección, mareo, alergia, despigmentación cutánea o hemorragia es muy bajo (menos de 1 de cada 1000 pacientes).
- Los resultados de este procedimiento se podrán observar de manera inmediata y a lo largo de los siguientes 15 días podrá mantener informado al médico tratante hasta el siguiente control, o en caso de ser necesario al teléfono 317 575 9331 o a infocifel@cifel.co
- Los resultados de este procedimiento podrán ser utilizados con fines de investigación, garantizando en todo momento la confidencialidad absoluta.
- Estoy en la libertad de decidir si no quiero que a mi representado se le realice el procedimiento en cualquier momento.

_____ _____

Firma del representante legal
Nombre:
CC:
Teléfono:

Firma y sello del Medico Fisiatra
Nombre:
CC: