

Complete este paquete y llévelo a su primera sesión de terapia:

Fecha: \_\_\_\_\_

Hora de llegada: \_\_\_\_\_

Terapeuta: \_\_\_\_\_



**Formulario de consentimiento: servicios de terapia**

El paciente autoriza al fisioterapeuta o al terapeuta ocupacional a examinar y tratar la afección según su criterio mediante el uso de medidas de fisioterapia o terapia ocupacional; además, el paciente autoriza que se realicen estos procedimientos.

El paciente tiene derecho a participar de manera informada en las decisiones relacionadas con su atención médica. Esta participación se basará en la explicación clara y concisa de su afección y todos los procedimientos de tratamiento propuestos. El fisioterapeuta o terapeuta ocupacional a cargo del tratamiento brindará información al paciente acerca de todos los posibles riesgos y efectos secundarios, así como de la probabilidad de éxito de dichos procedimientos. El paciente no hará responsable al fisioterapeuta o terapeuta ocupacional de ninguna afección diagnosticada médicamente preexistente ni de ningún diagnóstico médico.

El paciente tiene derecho a saber quién es la persona responsable de autorizar y realizar todos los procedimientos del tratamiento.

El paciente no se someterá a ningún procedimiento sin su consentimiento informado, competente y voluntario, o el consentimiento de su representante legal. Además, se informará al paciente si existen alternativas de cuidado o tratamiento médicamente relevantes.

Se deberá notificar al paciente si Orthopedic Associates of Lancaster, Ltd. (OAL) propone realizar una experimentación en humanos o participar en ella, a los fines de investigación, que afectará su atención médica. El paciente tiene derecho a negarse a participar en dichos proyectos de investigación.

Después de leer lo que antecede, o de que me lo hayan leído, yo \_\_\_\_\_, mediante el presente, doy mi consentimiento para recibir fisioterapia en OAL, que comenzará el \_\_\_\_\_ y finalizará cuando yo, mi médico, mi fisioterapeuta o terapeuta ocupacional lo decidamos.

*He leído, o me han leído, la información que precede y comprendo su contenido.*

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha