** Carnahan Therapy Rehabilitation**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

“Formulario de Consentimiento Informado"

Estimado Paciente,

La terapia física y ocupacional implica el uso de muchas técnicas prácticas, modalidades, ejercicios y estrategias de prueba de evaluación. Estas técnicas y estrategias se utilizan en un intento por mejorar su función y calidad de vida. Al igual que con todos los enfoques de tratamiento médico, existen riesgos inherentes asociados con la terapia.

La respuesta fisiológica a los enfoques de tratamiento varía mucho de una persona a otra y no siempre es posible predecir respuestas específicas para cada paciente. Aunque utilizamos la práctica basada en la evidencia para orientar los tratamientos que recibe y para mitigar cualquier riesgo en el que pueda incurrir,

no podemos garantizar que su respuesta sea beneficiosa, ni que no agrave sus síntomas, o incluso más lesiones.

Tiene derecho a preguntarle a su Terapista físico o Terapista Ocupacional qué tipo de tratamiento le realizará, así como los riesgos y beneficios que se le asocian. Tiene derecho a rechazar cualquier parte de su tratamiento en cualquier momento antes o durante su sesión de tratamiento.

Reconozco que mi programa de tratamiento me lo ha explicado un Terapista físico o Terapista Ocupacional, o un miembro calificado del personal de tratamiento, y todas mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente. Entiendo los riesgos asociados, y deseo continuar con el tratamiento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Paciente Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Terapista Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Formulario de Consentimiento Informado de Carnahan Therapy