



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del Paciente: _____ Fecha: __/__/__

Edad: ____ AÑOS MASCULINO / FEMENINO

DOMICILIO: _____

El Médico _____, me han informado de mi(s) padecimiento(s), el cual consiste en _____ por lo que es necesario, someterme a procedimientos de **FISIOTERAPIA INVASIVA (ELECTROLISIS PERCUTANEA INTRATISULAR, ACUPUNTURA, MESOTERAPIA, PUNCION SECA)** considerados como parte de mi proceso de rehabilitación.

Los médicos y fisioterapeutas me informaron de los riesgos, las posibles complicaciones y secuelas de estos tratamientos, por lo que este medio, libremente y sin presión alguna acepto someterme a estos tratamientos de fisioterapia invasiva.

Autorizo a los FISIOTERAPEUTAS DE ESTE SERVICIO para que realicen los tratamientos convenientes.

De la misma forma autorizo ante cualquier complicación o efecto adverso durante el procedimiento, especialmente ante una URGENCIA MÉDICA, que se practiquen las técnicas y procedimientos necesarios.

Tengo la plena libertad de revocar la autorización de los estudios y tratamientos en cualquier momento, antes de realizarse.

Nombre completo y Firma del paciente

Nombre completo y Firma del Fisioterapeuta

Nombre completo y firma del médico especialista

Nombre completo y Firma de Testigo 1

Nombre completo y Firma de Testigo 2