



## **UNIDAD BASICA DE REHABILITACION**

TEPEJI DEL RIO DEOCAMPO, HIDALGO.

### CONSENTIMIENTO DE MANIPULACION Y ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

1. Por la presente autorizo a la Dra. Alejandra Corchado Horta y/o personal de UBR de elección para tratar la condición o condiciones que aparecen a través de los estudios \_\_\_\_\_ verificados para llegar al diagnostico del paciente:\_\_\_\_\_ y que tengo entendido que eso (indique la naturaleza de la condición en lenguaje común)
2. La Dra. Alejandra Corchado Horta me ha explicado el (los) procedimiento (s) medico (s) necesario(s) para tratar dicha (s) condición ( Dependiendo el caso se Terapia Fisica, Ocupacional, Terapia de lenguaje y Psicología), (es) entendiéndola naturaleza de tal (es) procedimiento (s) como sigue:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(Descríbase los riesgos y consecuencias en lenguaje común)

- 3.- Se me ha enterado de ciertos riesgos y consecuencias asociadas con el (los) procedimiento (s) descrito (s) en el párrafo 2 como:\_\_\_\_\_

- 4.- La Dra. Alejandra Corchado Horta me ha explicado la (s)alternativa (s) medica (s) aceptable (s) para el tratamiento de esta (s) condición (es) que entiendo son:  
\_\_\_\_\_s/p \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- 5.- Estoy consciente de los riesgos y consecuencias descritas en el párrafo 4.

6.- Estoy consciente que durante el curso de la manipulación y/o procesos de rehabilitación alguna condiciones imprevistas podrán presentarse que requieran de procedimientos adicionales o diferentes indicados en el párrafo 2,por lo tanto autorizo y solicito que el Medico antes mencionado y sus asistentes de acuerdo a su juicio profesional practiquen tales tal procedimiento, incluyendo colocación de aparatos, maniobras de resucitación ,tracción y manipulación de lesiones. La autorización concedida en este párrafo 6 se ampliara para tratar todas las condiciones que requieran tratamiento y que el médico desconozca en el momento de iniciar. No aplicable en esta unidad para pacientes de Psicología y Terapia de lenguaje.

- 7.- Autorizo la administración de medicamentos que se consideren convenientes bajo la dirección y supervisión de la Dra. Corchado, se me ha advertido siempre hay



riesgos especiales involucrados en la administración de tratamiento tales como reacciones alérgicas y/o intolerancia a los mismos, paro cardiaco y daño cerebral. No aplicable en esta unidad.

Así mismo autorizo los procedimientos de laboratorio y gabinete para la conclusión de diagnóstico, 8.- Entiendo que tengo el derecho a rehusar éste (o) especial (es), entiendo que las explicaciones que recibo pueden no ser exhaustivas y no incluir todo y que otros riesgos más remotos puedan estar involucrados. Sin embargo la información es suficiente para dar mi consentimiento (al) los procedimientos que he autorizado.

9.- Yo familiar: \_\_\_\_\_

Tuve la oportunidad de hacer las preguntas necesarias en que se encuentra mi familiar, los procedimientos que autorizo y las alternativas existentes, así como los riesgos y consecuencias asociadas al caso y las preguntas que he expuesto me han sido contestadas con entera satisfacción.

10.-Me he enterado de todo lo expuesto y de qué forma hechas las explicaciones a que se refiere y que todos los espacios en blanco o datos requeridos fueron llenados en mi presencia antes de que yo firmara.

TESTIGO

FIRMA

\_\_\_\_\_

-----

( padre o tutor legal)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Madre o tutor legal.)

Paciente

Yo personalmente explique a los firmantes sobre la naturaleza y la finalidad del tratamiento y procedimientos, que se emplearan, las alternativas médicas aceptadas, los riesgos que estos implican y la posibilidad de complicaciones imprevistas.

istas.



**Desarrollo  
Integral de la Familia**  
DIF TEPEJI

Nombre y firma del médico: Dra. Alejandra Corchado Horta.

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

Hora: \_\_\_\_\_