



Aclaración para el paciente y Consentimiento Informado sobre el tratamiento de Fisioterapia y/u Osteopatía

Nombre / fecha nacimiento _____

Nombre del fisioterapeuta/Nº col.: _____

Estimado/a paciente,
Usted tiene derecho a conocer el procedimiento al que va a ser sometido y las complicaciones más frecuentes que ocurren. Este documento intenta explicarle todas estas cuestiones; léalo atentamente y consulte con su fisioterapeuta todas las dudas que se le planteen. Le recordamos que, por imperativo legal, tendrá que firmar, usted o su representante legal, el consentimiento informado para que podamos realizarle dicho procedimiento.

Procedimiento:

Patologías preexistentes del paciente: (por ejemplo, osteoporosis, ataque cardíaco, enfermedades tumorales, hipertensión arterial, alergia, etc.)

Factores de riesgo personalizado del paciente:

Además de las patologías descritas anteriormente, por mis circunstancias especiales (médicas o de otro tipo) hay que esperar los siguientes riesgos:

Tratamiento Fisioterapia (por ejemplo movilizaciones, estiramientos musculares, masajes, drenaje linfático, ejercicios terapéuticos, aplicación frío/calor, etc.)

La Fisioterapia es el conjunto de métodos, actuaciones y técnicas que, mediante la aplicación de medios físicos, curan previenen, recuperan y adaptan a personas afectadas de disfunciones somáticas o a las que se desea mantener en un nivel adecuado de salud".

¿Cómo procede el tratamiento?

En primer lugar, el terapeuta lo examinará y le hará preguntas sobre su historial médico y sus dolencias. Basándose en el diagnóstico médico (si lo hubiera) y en el diagnóstico de fisioterapia, el terapeuta determinará entonces los objetivos terapéuticos del tratamiento.

Posibles complicaciones de la fisioterapia:

Por lo general, las medidas fisioterapéuticas no suelen tener complicaciones. Posibles efectos secundarios transitorios: Cansancio, músculos doloridos.

Tratamiento Osteopático:

La Osteopatía es la disciplina terapéutica de diagnosticar y de tratar las disfunciones de movilidad del sistema musculoesquelético, visceral, craneal y del tratamiento de las fascias (Fascioterapia). La Osteopatía también facilita los mecanismos de autorregulación, permitiendo que el cuerpo se recupere y consiga la normalización de las funciones alteradas, lo que se traduce en disminución de los síntomas y reencuentro con el estado de salud. El osteópata examina y trata manualmente mediante manipulaciones, técnicas musculares y movilizaciones la pérdida de movilidad y elasticidad de todos estos sistemas. El osteópata no cura, sino que estimula al cuerpo para que se cure a sí mismo. Para ello, libera los bloqueos y restricciones de movimiento que se interponen en el camino de la recuperación. Después del tratamiento, el cuerpo necesita un cierto tiempo para reaccionar a las técnicas de tratamiento.

Contraindicaciones de la Osteopatía:

- inflamaciones agudas
- Enfermedades febriles
- fracturas, tumores malignos, trombosis
- Aneurismas
- Trastornos de formación/coagulación de hematomas espontáneos
- Tuberculosis infecciosa
- Osteoporosis
- trastornos neurológicos y/o psiquiátricos graves
- reumatismo inflamatorio agudo

Riesgos y complicaciones de la Osteopatía:

1. Posibles reacciones o síntomas temporales a corto plazo:
 - El cuerpo puede reaccionar al tratamiento osteopático durante unas dos o tres semanas, lo que significa que también puede haber un empeoramiento a corto plazo de los síntomas.
 - Cansancio, mareos, dolores de cabeza, fiebre, escalofríos, trastornos circulatorios, trastornos del sueño.
 - Dolores musculares
 - Cambios en la excreción corporal y/o en el ciclo menstrual
 - Reacciones de la piel (por ejemplo, formación de hematomas)
2. Riesgos del tratamiento de la columna vertebral o de la manipulación de la columna vertebral:
 - Las complicaciones graves son extremadamente raras.
 - En casos raros, las protuberancias de disco ya existentes o una hernia de disco previamente desconocida pueden provocar daños en la raíz del nervio con la irradiación del dolor, perturbaciones sensoriales o parálisis en los brazos y las piernas.
 - Aún más raramente (con una probabilidad de 1:2.000.000) puede ocurrir una hemorragia o derrame cerebral o una lesión de la médula espinal.
 - Si experimenta alguna molestia o sensación anormal de la sensibilidad durante el tratamiento, por favor informe a su terapeuta inmediatamente.
 - Es posible un aumento temporal de las molestias existentes anteriormente desde unas horas hasta un par de días y esto puede considerarse un efecto secundario dentro de la normalidad.

Declaración de consentimiento:

Paciente

Yo Don/Doña _____
He leído la hoja de información que ha entregado el/la fisioterapeuta _____
He comprendido las explicaciones que se me han facilitado, y el/la fisioterapeuta que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por ello, manifiesto que me considero satisfecho/a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este tratamiento/procedimiento. Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice _____

En _____, a _____ de _____ de 20 _____

Fdo. EL / LA FISIOTERAPEUTA Col. Nº.

Fdo. EL / LA PACIENTE

Representante legal

Yo, Don/Doña _____ en calidad de _____ del paciente _____ He leído la hoja que me ha entregado el/la fisioterapeuta..... He comprendido las explicaciones que se me han facilitado, y el/la fisioterapeuta que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. En mi presencia se ha dado al paciente toda la información pertinente adaptada a su nivel de entendimiento y está de acuerdo en someterse a este tratamiento/procedimiento. Por ello, manifiesto que me considero satisfecho/a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este tratamiento/procedimiento. Y en tales condiciones CONSIENTO que se realice al paciente _____

En _____, a _____ de _____ de 20____

Fdo. EL / LA FISIOTERAPEUTA Col. N°.

Fdo. EL / LA REPRESENTANTE

Testigo

Yo, Don/Doña _____ declaro bajo mi responsabilidad que Don/doña _____ ha recibido la hoja de información que le ha entregado el/la Fisioterapeuta _____ Ha comprendido las explicaciones que se le han facilitado, y el/la fisioterapeuta que le ha atendido le ha permitido realizar todas las observaciones y le ha aclarado todas las dudas y preguntas que le ha planteado. También comprende que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puede revocar el consentimiento que ahora presta. Se considera satisfecho/a con la información recibida y comprende la indicación y los riesgos de este tratamiento/procedimiento. Y ha expresado libremente su CONSENTIMIENTO de que se realice al paciente _____

En _____, a _____ de _____ de 20____

Fdo. EL / LA FISIOTERAPEUTA Col. N°.

Fdo. EL / LA TESTIGO

Revocación del consentimiento

Yo, Don/Doña _____ REVOCO el consentimiento prestado en fecha _____ y declaro por tanto que, tras la información recibida, no consiento en someterme al procedimiento de _____

En _____, a _____ de _____ de 20____

Fdo. EL / LA FISIOTERAPEUTA Col. N°.

Fdo. EL / LA PACIENTE (o Representante Legal o Testigo)

Renuncia a la información

La Ley de Derechos del Paciente prevé la posibilidad de que usted pueda renunciar a su derecho a la información. Si no desea ser informado y aún así desea ser tratado, puede hacer la siguiente renuncia: Por la presente yo (paciente) renuncio a la información legalmente requerida y deseo directamente el tratamiento terapéutico con _____

Fdo. EL / LA FISIOTERAPEUTA Col. N°.

Fdo. EL / LA PACIENTE (o Representante Legal o Testigo)