



## Consentimiento informado rehabilitación pulmonar en el marco de la pandemia Covid-19

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_, identificado con cédula de ciudadanía número \_\_\_\_\_ por medio de la presente hago constar que he sido debidamente informado por la fisioterapeuta especialista en rehabilitación pulmonar \_\_\_\_\_ sobre el diagnóstico de mi enfermedad \_\_\_\_\_, por lo cual recibiré el siguiente tratamiento: \_\_\_\_\_, el cual puede tener las siguientes complicaciones y riesgos:

Tos paroxística, dolor torácico, mareo, aumento de la presión arterial, aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, disnea severa y riesgo de caídas.

A través del presente documento me comprometo a acatar las medidas de bioseguridad.

Al firmar este consentimiento por escrito, reconozco que he sido informado sobre los riesgos potenciales para la salud relacionados con el COVID-19 mientras acudo presencialmente a consulta o me someto a tratamientos presenciales en el servicio de rehabilitación durante esta pandemia. He recibido respuesta a todas las preguntas que he considerado conveniente que me fueran aclaradas. En consecuencia, doy mi consentimiento para realizar las maniobras pertinentes.

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del paciente o persona responsable

\_\_\_\_\_  
Firma del fisioterapeuta

C.C. \_\_\_\_\_

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

C.C. \_\_\_\_\_