



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BIOFEEDBACK

NOMBRE PACIENTE _____

EDAD _____ DOCUMENTO DE IDENTIDAD _____

FECHA _____ TELEFONO FIJO _____ CELULAR _____

DECLARO: Que en pleno uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento y autorizo desde ahora al **DR. ALEJANDRO OROZCO**, para que el profesional de la salud en ejercicio legal de su profesión y con el personal auxiliar de los servicios asistenciales del doctor Alejandro Orozco, se me practiqué el siguiente tratamiento y/o procedimiento de **BIOFEEDBACK** debido a que se ha hecho la impresión diagnóstica de

Habiéndome explicado las alternativas de tratamiento existentes y los riesgos previstos si no se realiza ningún tratamiento.

Como usted ya sabe por la información que ha recibido de su médico, y como resultado de los estudios que le han sido realizados hasta ahora, Para mejorar y reeducar la función ano rectal en ciertos tipos de incontinencia y estreñimiento.

1. Como usted ya sabe por la información que ha recibido de su médico, y como resultado de los estudios que le han sido realizados hasta ahora, el procedimiento de BIOFEEDBACK es para mejorar y reeducar la función ano rectal en ciertos tipos de incontinencia y estreñimiento. Esta se realizará en varias sesiones de las cuales el médico es el que ordena que número de sesiones son necesarias para el paciente
2. Con el paciente acostado de lado en una camilla, se coloca una pequeña sonda de plástico flexible de unos 3 - 4 mm de diámetro con un balón de látex desinflado en la punta. Esta se coloca unos 10 cm por vía rectal lubricada con gel o xilocaina gel. De cara a un monitor se le indicará que realice pruebas de continencia o defecación según el caso, que podrá controlar mediante un ordenador, igualmente se le guiará en todo momento a través de ejercicios. Este tratamiento se realiza en varias sesiones que tienen una duración aproximadamente de 30 a 40 min cada una por separado y por semana.

No es dolorosa y carece de riesgos relevantes.

El doctor Luis Alejandro Orozco queda autorizado para llevar a cabo las prácticas de conductas o procedimientos adicionales a los ya autorizados en el punto anterior, si en el transcurso de la intervención o el tratamiento autorizado llegase a presentarse una situación advertida que a juicio del médico a cargo del paciente lo considere obligatorio

Este procedimiento/ tratamiento se realizará en la sala de procedimiento del doctor Alejandro _____ Orozco, por _____ el doctor(es) _____, y la enfermera _____ quien se compromete a explicarme todas las instrucciones e información necesaria con respecto a las características del procedimiento.



También comprendo que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar mi consentimiento.

De acuerdo a lo anterior CONSIENTO que se me realice, BIOFEEDBACK, debido a que he comprendido y me siento satisfecho con todas las explicaciones, recomendaciones y riesgos con respecto a la realización de este tratamiento/ procedimiento, en un lenguaje claro y sencillo por parte del especialista, quien además me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que he planteado.

**FIRMA CON C.C. PACIENTE o ACUDIENTE
ESPECIALISTA**

FIRMA MEDICO

DESESTIMIENTO

Voluntariamente rechazo el siguiente tratamiento/ procedimiento propuesta e informada por el médico tratante.

Asumiendo toda responsabilidad y liberando de la misma al doctor LUIS ALEJANDRO OROZCO LINARES.

FIRMA CON C.C. PACIENTE o ACUDIENTE