# CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FISIOTERAPIA

Clínica o consultorio

N.º de expediente

Fisioterapeuta

N.º de colegiado

## 1. Datos del paciente

Nombre completo

DPI

Fecha de nacimiento

Teléfono

Representante legal, si es menor de edad o no puede firmar

DPI y parentesco

## 2. Diagnóstico y tratamiento propuesto

Diagnóstico médico o motivo de referencia

Diagnóstico fisioterapéutico

**Técnicas que se proponen:** ☐ Ejercicio terapéutico ☐ Terapia manual y movilizaciones ☐ Masoterapia ☐ Electroterapia (TENS, ultrasonido, corrientes) ☐ Termoterapia o crioterapia ☐ Vendaje funcional o neuromuscular ☐ Punción seca ☐ Otra

Frecuencia

Sesiones estimadas

Duración de cada sesión

## 3. Beneficios esperados

Qué se espera lograr y en cuánto tiempo, en palabras del paciente

## 4. Molestias y riesgos posibles

La fisioterapia es de bajo riesgo, pero puede causar molestias pasajeras: dolor o rigidez muscular después de la sesión, enrojecimiento o irritación de la piel, mareo, hematomas leves y, con poca frecuencia, reacciones a la electroterapia, al calor, al frío o al vendaje. El fisioterapeuta detendrá o ajustará cualquier técnica si el paciente lo pide o si aparece una reacción.

Riesgos particulares por la condición de este paciente

## 5. Información de salud que el paciente declara

**Marque lo que aplique:** ☐ Embarazo ☐ Marcapasos o implantes metálicos ☐ Cáncer o tratamiento oncológico ☐ Anticoagulantes o problemas de coagulación ☐ Heridas o problemas de piel en la zona ☐ Alteraciones de la sensibilidad ☐ Epilepsia ☐ Fiebre o infección activa

Otras enfermedades, cirugías o medicamentos

Declaro que la información de salud que di es verdadera y completa, y que avisaré al fisioterapeuta de cualquier cambio durante el tratamiento.

## 6. Alternativas

Alternativas que se explicaron, incluida la de no recibir el tratamiento

## 7. Declaración y autorización

Declaro que el fisioterapeuta me explicó en lenguaje claro el diagnóstico, el tratamiento propuesto, sus beneficios, sus molestias y riesgos posibles y las alternativas; que pude hacer todas las preguntas que quise y que me las respondieron; que entiendo que no se me garantiza un resultado, y que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento sin que eso afecte mi atención. Autorizo el tratamiento descrito y que mis datos de salud se usen solo para mi atención y se guarden con confidencialidad.

**Autorizo además (opcional):** ☐ Fotografías o videos para el seguimiento clínico ☐ Uso anónimo de mis datos con fines docentes ☐ Recordatorios de cita por WhatsApp o mensaje

Paciente o representante · nombre, DPI y firma

Fisioterapeuta · nombre, colegiado y firma

Testigo, si el paciente no sabe o no puede firmar · nombre, DPI y firma

Lugar y fecha

## 8. Revocación del consentimiento

Retiro el consentimiento que di en este documento y asumo las consecuencias de interrumpir el tratamiento, que el fisioterapeuta me explicó.

Paciente o representante · nombre, DPI y firma

Fecha

Plantilla gratuita de Haricode · www.haricode.tech/plantillas/consentimiento-informado-fisioterapia.html · Modelo genérico: haz que lo revise un abogado o tu colegio profesional antes de usarlo y adáptalo a tu práctica.