CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO SOCIO-INTEGRADOR DE EQUINOTERAPIA

DATOS DEL PACIENTE

Nombres: _____ Apellidos: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Documento de identidad: CC _____

TRATAMIENTO a realizar: EQUINOTERAPIA

CONSTANCIA DE INFORMACIÓN SUMINISTRADA PREVIAMENTE

En calidad de paciente ( ) y/o como responsable del cuidado y la salud del usuario ( ) manifiesto que:

- Sí fui informado(a) de manera verbal y recibí información sobre la naturaleza y los objetivos del tratamiento socio-integrador de equinoterapia, sobre sus beneficios, sobre los riesgos o complicaciones.

- Sí fui informado(a) de manera verbal y recibí información por escrito sobre la preparación previa para el tratamiento socio-integrador, sobre los cuidados e indicaciones posteriores, y sobre la conducta a seguir.

- Sí he sido informado(a) sobre la posibilidad de no aceptar la realización del tratamiento.

- Sí comuniqué de manera veraz y completa mis inquietudes sobre los ejemplares equinos utilizados para el tratamiento y cumplí todas las indicaciones previamente informadas.

- Sí tuve la oportunidad de preguntar y resolver dudas respecto del tratamiento socio-integrador y demás situaciones de interés.

He sido informado que **EL CENTRO DE EQUINOTERAPIA SOL NACIENTE** cumple con protocolos de bioseguridad, adopción de guías y todas las medidas de prevención para evitar riesgo, Elementos de protección personal para los usuarios y todo su personal: asistencial y administrativo.

ACEPTACIÓN Y/O AUTORIZACIÓN DEL TRATAMIENTO

De esta forma, siendo conocedor(a), consciente, e informado(a) suficientemente sobre los puntos antes mencionados, autorizo ( ) o rechazo ( ) libre y voluntariamente la realización del tratamiento socio-integrador en mención por parte de los profesionales y personal del centro de equinoterapia Sol Naciente; He sido informado sobre el derecho del titular del dato de conocer, actualizar, rectificar o suprimir los datos personales cuando no exista deber legal o contractual que lo impida.

Por lo tanto Si autorizo ( ) No autorizo ( ).

Autorizo la entrega de los informes a través de la secretaria de Desarrollo Social del Municipio de Cajicá

Como constancia de todo lo anterior, en el municipio de Cajicá, a los días____ del mes JULIO del año 2023.

firmamos: _____ _____

USUARIO Y/ O RESPONSABLE DEL CUIDADO DEL USUARIO

C.C. No.