Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	**CONSENTIMIENTO INFORMADO CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD PARA EL REGISTRO, LOCALIZACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD - RLCPD**	CÓDIGO: MI-GA-F-90
		VERSIÓN: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE GESTIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	PÁGINA: 1 DE 2
		FECHA: 12/06/2024

UNIDAD:	**Fecha:**	**Hora:**
SERVICIO:		

A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN	
1. Nombres y Apellidos del paciente:	
2. Tipo y N° Documento de identidad:	3. Edad:
4. Fecha de nacimiento:	5. Aseguradora:
6. Nombre persona de Apoyo:	7. Sexo: Masculino ___ Femenino ____
8. Modalidad de Consulta: Presencial _____ Domiciliario _____	

Razón Social Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E NIT 00971006

B. DECLARACIÓN DEL PACIENTE

Dentro de las normas éticas exigidas al profesional médico en Colombia por la Ley 23 de 1981 capítulos I,II,III, Terapia Respiratoria Ley 1240 de 2008 título I, y de la norma que define y reglamenta el uso de datos Ley 527 de 1999, Resolución 13437 de 1991 donde se adopta el decálogo de los Derechos de los Pacientes o las normas que la modifiquen adicionen o sustituyen y demás normas concordantes.
Se encuentra el deber de informar adecuada y oportunamente a todos sus pacientes los riesgos que pueden derivarse del tratamiento que le sea practicado solicitando su consentimiento anticipadamente, (Art 15 y 16), por lo tanto:

1. Yo_____ mayor de edad, identificado con Tipo y numero de documento _____ de_____ o en su defecto por imposibilidad física y legal de _____ en calidad de _____ del paciente con tipo y numero de documento _____ de _____ en pleno y normal uso de mis facultades **autorizo** en forma expresa al Equipo de Salud de la Subred Norte, para que me realice o le realicen el procedimiento Valoración Clínica Multidisciplinaria para certificación de discapacidad a mi acudido.

Los Profesionales del Equipo de Salud de la Subred Norte E.S.E quedan igualmente facultados, para llevar a cabo la práctica de conductas o procedimientos adicionales a los ya autorizados en el punto N° 1 si en el curso del procedimiento o intervención, llegare a presentar una situación inadvertida y/o imprevista, que a juicio medico los haga aconsejables.

2. El consentimiento y autorización que anteceden, ha sido con el objeto de identificar mi estado de salud o enfermedad, y previa advertencia que el mismo me ha hecho sobre los posibles RIESGOS, BENEFICIOS Y ALTERNATIVAS TERAPEUTICAS previstos para la intervención o procedimiento que me van a realizar, siendo estos:

   RIESGOS:_____
   BENEFICIOS: Procedimiento realizado por tres profesionales de diferentes disciplinas el cual permite establecer la existencia de discapacidad, a partir de la identificación de las deficiencias en funciones y estructuras corporales, incluyendo las psicológicas, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación que presenta una persona. La información que de este se derive y su resultado se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esa información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

   ALTERNATIVA TERAPEUTICAS:_____

3. El diagnóstico o la probabilidad diagnostica que lo justifica es: _____

4. También he sido informado que:

   4.1. Teniendo en cuenta mí patología y mi estado de salud podré ser traslado a otra Unidad de la Subred Norte E.S.E para continuar y terminar el Tratamiento sin que esto afecte la calidad de mi atención y el tratamiento que necesito ya que son USS parte de la misma institución de salud.
   4.2. He recibido información de mi pronóstico en caso de aceptar o no la intervención y/o el tratamiento indicado por el personal de salud.
   4.3. Que la Subred Norte implementa programas para detectar, prevenir y reducir los riesgos de adquirir enfermedades asociadas a la presentación de servicios de salud y eventos adversos (caídas, ulceras por presión, Flebitis) que pueden ocurrir o adquirirse durante mi estancia en la institución.
   4.4. Que la Subred Norte y su equipo de salud tratantes quedan autorizados para ordenar la disposición final de componentes anatómicos que sean retirados de mi cuerpo, previa la toma de muestras o partes adecuadas con destino a exámenes anatomo-patológicos cuya práctica solicito, si ello fuere necesario.
   4.5. De la naturaleza de mi enfermedad y del por qué la intervención y/o procedimiento que es necesario para mi caso particular y entiendo la necesidad de realizar el mismo y les solicito de forma voluntaria se me realice el procedimiento o intervención citada.
   4.6. Acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica o procedimientos diagnósticos o terapéuticos, en el sentido de que la práctica de la intervención o procedimiento que requiero compromete una actividad de medio, pero no de resultados.
   4.7. He tenido la oportunidad de realizar las preguntas que considero oportunas y que estas fueron resueltas con respuestas que considero satisfactorias.
   4.8. He sido informado del compromiso de esta institución con la docencia y autorizo la presencia de estudiantes durante mi atención. **SI**___ **NO**___
   4.9. He sido informado de la posibilidad de toma de fotografías o videos durante los procedimientos con fines académicos **SI**__ **NO**___

5. Declaro igualmente que he sido advertido/a por el equipo de salud autorizado y Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y que he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte de mi médico con respecto a los riesgos por él advertidos y el contenido de éste consentimiento.

6. Para esta valoración se auto reconoce como persona en condición de Discapacidad y acepta la valoración Clínica Multidisciplinaria de Discapacidad **SI**___ **NO**___
7. •Acepta **SI** ___ **NO** ___ el uso de la información personal de acuerdo La Ley de Protección de Datos Perdónales "ARTICULO 15. Constitución Política; Artículo 2°. Ley 1266 de 2008 Artículo 4°. Ley 1266 de 2008.
8. Por lo expuesto manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida y que comprendo el alcance de los riesgos explicados, en consecuencia:

Nota: en caso de no saber firmar

(Manifiesto que no se leer, certifico que se me ha leído el contenido del presente documento, en presencia de mi acudiente que es analfabeta quien firmara a ruego el presente junto a mi huella de mi índice derecho)

ACEPTACIÓN

Firma del Paciente:_____ **CC Nº:** _____ **Fecha:** _____ **Huella** _____	**Testigo:**_____ **CC Nº:** _____ **Fecha:** _____ **Huella**

Hago constar que el paciente ha entendido de las explicaciones y resolvió las dudas respecto a su procedimiento.

Firma del profesional de la salud (s) responsable (s) con número y tipo de documento:

DISENTIMIENTO INFORMADO

Manifiesto con mi firma que a pesar de que se me explico en forma clara y exacta la importancia del tratamiento a realizarse en mi integridad física o la del paciente que está bajo mi responsabilidad. NO acepto y por consiguiente rechazo el mismo, siendo informado ampliamente de las consecuencias de mi decisión

Firma del Paciente:_____ **CC N.º:** _____ **Fecha:** _____ **Huella**	**Testigo:**_____ **CC Nº:** _____ **Fecha:** _____ **Huella**

Firma Médico y/o profesional de la salud (s) responsable (s) con No y tipo de documento:

Entre las excepciones al consentimiento del paciente la Corte Constitucional ha contemplado los siguientes eventos:(i) cuando el estado mental del paciente no es normal, (ii) cuando el paciente se encuentra en estado de inconsciencia.(iii) cuando el paciente es menor de edad. Sin embargo, aun en estos supuestos debe intentarse conciliar el derecho del paciente a la autodeterminación con la protección a la salud. Al respecto pueden consultarse las sentencias T-401 de 1994 y T-850 de 2002