**Formulario de consentimiento**

* Entiendo que es importante que mi terapeuta comprenda mi historial médico para crear un plan de tratamiento integral. Certifico en la medida de mis posibilidades que la información proporcionada en estos documentos anteriores es completa y precisa.
* Doy mi consentimiento para proceder con una evaluación de la terapia y el tratamiento correspondiente. También doy mi consentimiento para que los servicios puedan ser observados y/o proporcionados por un ayudante del fisioterapeuta, asistente del fisioterapeuta o estudiante de fisioterapia bajo la supervisión e instrucción de un fisioterapeuta autorizado. Debido a la naturaleza de la fisioterapia y el esfuerzo físico requerido para realizar actividades con grados de dificultad crecientes, entiendo que puede haber posibles complicaciones asociadas con mi atención, como un aumento en mi nivel actual de dolor, un agravamiento de mi lesión existente, o muy raramente, el desarrollo de una nueva lesión. Mi firma a continuación actúa como una exención de responsabilidad por el tratamiento recibido en Innovative Injury Solutions, excepto los actos de negligencia.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Nombre Escrito)

Firma del paciente/guardián: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_