

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Fundación Andecol ofrece servicios de habilitación, rehabilitación integral y Bienestar a personas con Síndrome de Down y discapacidad intelectual, con el fin de promover su participación, la calidad de vida y el desarrollo máximo de sus capacidades de acuerdo con su ciclo vital, potencialidades e intereses.

Para la prestación de los servicios y el alcance del objetivo de atención, la población participa de actividades de control, seguimiento, promoción y fomento de la salud física y mental, apoyadas en **intervenciones de psicología, fonoaudiología, fisioterapia, hidroterapia y terapia ocupacional. Intervenciones desarrolladas de manera grupal o subgrupal, acorde a las necesidades identificadas durante el proceso de evaluación, ingreso y permanencia en la Fundación, de las recomendaciones médicas y de las entidades pagadoras del servicio.**

Sumado a los procesos terapéuticos y conscientes de la importancia de generar espacios de participación, La Fundación Andecol ofrece dentro del proceso intervenciones grupales de educación especial, actividades artísticas y deportivas buscando fomentar hábitos de vida saludable. Las actividades de Bienestar se realizan en entornos estructurados simulados al interior de las instituciones, pero adicional, se planean y ejecutan actividades en espacios de la comunidad que contribuyan al fortalecimiento de la conducta adaptativa, la autonomía e independencia de la persona con discapacidad.

Durante los tiempos de evaluación e intervención en los que participa mi hijo, hija, familiar o persona a quien represento, se me ha advertido sobre los **riesgos** más importantes, consecuencias y complicaciones colaterales durante la evaluación y/o intervenciones del equipo interdisciplinario en las instalaciones de La Fundación u otros lugares en los que se realicen las actividades. Los cuales son (las áreas descritas a continuación aplican según pagador del servicio y/o autorización del servicio, las áreas que su hijo(a), familiar o representado recibe están descritas en el agendamiento que se le entrega al inicio del proceso):

- **Fonoaudiología:** Caída desde el mismo nivel, irritación leve de zona facial por contacto con calor o frío, ingesta de cuerpos extraños o introducción de estos en orificios nasales-orales-auditivos, irritabilidad en ojos o piel por estímulos sensoriales.
- **Fisioterapia:** Evasión de la fundación, caídas del mismo nivel, laceraciones en la piel, esguinces, fracturas por malos movimientos, infartos, lesiones oculares, equimosis, enfermedad cerebrovascular.
- **Hidroterapia:** Lesiones por radiación ultravioleta, lesiones dermatológicas, atragantamiento o ahogamiento con agua; laceración en piel con superficies, tropiezos o caídas por desnivel o por diseños de infraestructura, lesiones osteomusculares por barras sujetadoras laterales dentro de la piscina, además de los riesgos por no cumplimiento de reglas de comportamiento en las zonas húmedas y la piscina.
- **Terapia ocupacional:** Heridas con objetos cortopunzantes, caídas desde el mismo nivel, ingesta de materiales, reacción alérgica a material de trabajo, quemaduras durante talleres de cocina, conductas agresivas entre usuarios, lesiones óseas o articulares.
- **Psicología:** Crisis emocionales detonadas por el proceso de entrevista o intervención en padres de familia, beneficiarios manifestando posibles comportamientos de agresividad o baja tolerancia a la frustración de acuerdo con los temas trabajados, lesiones con objetos cortopunzantes, caídas del mismo nivel, no acatamiento de normas en las instalaciones frente a un proceso de intervención que pueden desencadenar conductas agresivas entre usuarios, evasión de La Fundación.
- **Programa de Bienestar:** Lesiones leves por implementos cortopunzantes (tijeras, punzones), reacciones alérgicas por manipulación de material líquido (pegamento, pintura, silicona), Caídas desde el mismo nivel, lesiones óseas o articulares, evasión de La Fundación, agresión entre usuarios por la práctica de deportes de contacto físico, golpes o laceraciones producidos por material deportivo (balones, bastones, cuerdas, etc.); lesiones por radiación ultravioleta, lesiones dermatológicas, atragantamiento o ahogamiento con agua; laceración en piel con superficies, tropiezos o caídas por desnivel o por diseños de infraestructura, lesiones osteomusculares por barras sujetadoras laterales dentro de la piscina, además de los riesgos por no cumplimiento de reglas de comportamiento en las zonas húmedas y la piscina.
- **Salidas a la comunidad:** Accidentes de tránsito, situaciones de orden público, caídas por terrenos inestables, robo, pérdida de objetos, desorientación, conductas asociales de externos.

Acepto que mi hijo, hija, familiar o representado sea atendido en La Fundación Andecol, se le realice la evaluación y/o tratamiento correspondiente según sea el caso y que he suministrado la información real y verídica sobre la situación diagnóstica y sobre los antecedentes personales de mi representado. El



FORMATO

CÓDIGO: F.PA.GI

CONSENTIMIENTO INFORMADO

VERSIÓN: 7

FECHA: DIC 2023

procedimiento que se le va a realizar inicia a partir de la fecha_____.

Se me ha informado también que los procesos de intervención estarán enmarcados de acuerdo con las características, necesidades y perfil de apoyos que se establezcan para los beneficiarios con base en el criterio clínico de los profesionales que realizan el proceso de evaluación, así como el cumplimiento de actividades de planes de intervención. Se aclara que cada proceso iniciado tendrá un cumplimiento de metas diverso supeditado a diferentes variables: asistencia y puntualidad a las intervenciones, responsabilidad con los compromisos que se establezcan y características que el beneficiario vaya presentado.

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada. Por lo anterior, doy mi constancia de haber sido informado a satisfacción sobre la atención que se me brindará a mi representado y doy mi consentimiento para que se realicen los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

Acepto todo lo que contenga intervención profesional y los convenios docente asistenciales que tengan relación con el diagnóstico de mi representado, que a la fecha estén vigentes, autorizo a los profesionales, estudiantes y docentes tengan acceso a la historia clínica, revisión y estudio de los diagnósticos tratamientos y resultado consignados en ella con fines científicos, académicos y de salud pública.

Acepto el consentimiento informado SI_____ NO_____

Firma del paciente o familiar: _____

Cédula: _____

Fecha: _____



FORMATO

CÓDIGO: F.PA.GI

CONSENTIMIENTO INFORMADO

VERSIÓN: 7

FECHA: DIC 2023