**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ESTUDIO DE ELECTRODIAGNÓSTICO**

Ciudad de México a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_\_

Por mi libre decisión y en pleno uso de mis facultades, otorgo la más amplia autorización y consentimiento que conforme a derecho corresponda, a efecto de que el personal médico adscrito al Instituto Nacional de Rehabilitación y al servicio de Electrodiagnóstico, realicen a mí, mi familiar o a la persona a mi cargo (nombre del paciente)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_el o los procedimiento(s) de diagnóstico que pueden consistir en uno o varios de los estudias siguientes:

**( ) Electromiografía (con electrodo de aguja).**

**( ) Neuroconducción motora y/o sensitiva.**

**( ) Respuestas tardías (onda F, reflejo H).**

**( ) Estimulaciónmúltiple.**

**( ) Potenciales Evocados visuales.**

**( ) Potenciales Evocados somatosensoriales**

**( )Potenciales Evocados auditivos**

Los cuales son necesarios para auxiliar en el diagnóstico de mi patología. En el entendido de que se me ha explicado a detalle en forma verbal en qué consiste el procedimiento al que seré sometido, y los posibles riesgos que pudieran presentarse. También se me ha explicado que los estudios de neuroconducción y potenciales evocados se realizan con electrodos de superficie que, para su colocación, requerirán limpieza de la piel con productos ligeramente irritantes por lo que se puede presentar una lesión en el sitio de aplicación. Enel caso de la electromiografía (estudio que valora la actividad eléctrica de los músculos) se utilizará un electrodo de aguja que se introduce en diferentes músculos, estéril y desechable y a través de la cual no se administra ni se extrae ninguna sustancia de su organismo, sólo es para diagnóstico.

También consiento, de ser necesaria, la toma de fotografías, película, televisión o ayudas audiovisuales en el curso de mi estudio, para lo que se le informará al paciente, preservando siempre la privacidad y anonimato. El estudio y estos materiales se podrán utilizar para propósitos de conocimiento, utilizado en la enseñanza, investigación, lectura y/o publicaciones de tipo científico.

Nombre y firma del paciente o responsable: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y firma Testigo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Núm. Expediente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aviso de Privacidad: El Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, garantiza el derecho que tiene toda persona a la protección de sus datos personales recabados en este formulario, los cuales serán de uso exclusivo para el formato único de inscripción, como lo establece el art. 25 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados"

Av. México Xochimilco No. 289, Col. Arenal de Guadalupe, Del. Tlalpan, C.P. 14389. Tel: 59 99 10 00 Ext. 13207, 13210