**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTES ADULTOS DE INICIACIÓN DEPORTIVA EN FUNDAMENTOS DE BALONCESTO SOBRE SILLA DE RUEDAS**

Ciudad de México, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ declaro libre y voluntariamente que acepto participar en las sesiones de entrenamiento para realizar ejercicios de fundamentos básicos en el manejo y control de la silla de ruedas en las áreas asignadas para tal efecto, cuyos objetivos consisten en:

* Contribuir al desarrollo integral de los pacientes con discapacidad.
* Integrarlos en una actividad deportiva específica de deporte adaptado.
* Inducir al paciente a practicar actividad física y deportiva.
* Mejorar la condición física.
* Mejorar el manejo de silla de ruedas de uso diario.

Estoy consciente que los procedimientos, pruebas y tratamientos para lograr los objetivos mencionados consistirán en:

* Ejercicios de flexibilidad/estiramiento muscular.
* Calentamiento general y ejercicios de flexibilidad.
* Realizar la actividad física deportiva en silla de ruedas específica para Baloncesto Sobre Silla de Ruedas.
* Ejercicios de control y manejo de la silla de ruedas individuales y en colectivo.
* Ejercicios de control y manejo de la silla de ruedas y balón, individuales y en colectivo.
* Ejercicios de flexibilidad/estiramiento muscular final.

He sido informado que como cualquier actividad deportiva, existen riesgos inherentes a ello, los cuales podrían ser: traumatismos en cualquier parte del cuerpo, heridas, fracturas, conmociones y otra asociadas a las actividades antes mencionadas. En caso de presentarse cualquiera de éstos, el médico del área llevará a cabo una valoración inicial, seguida de una exploración neurológica rápida. Posterior a la estabilización inicial, si se requiere, se me trasladará al servicio de urgencias para una valoración secundaria y manejo intrahospitalario.

La actividad, al realizarse al aire libre, será pospuesta si el clima es lluvioso, hay calor extremo o contingencia ambiental, con el propósito de evitar cualquier daño en la salud.

Es de mi conocimiento que seré libre de retirarme del programa de actividad deportiva en el momento que yo así lo desee. También que puedo solicitar información adicional acerca de los riesgos y beneficios de mi participación en el programa. En caso de que decidiera retirarme, la atención que como paciente recibo en esta Institución no se verá afectada.

**Nombre Firma**

**Dirección\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Teléfonos de contacto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Correo electrónico:**

**Nombre Testigo Firma Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre Testigo Firma Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**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 el documento, los cuales serán de uso exclusivo para dar atención al expediente clínico electrónico como lo establece el art. 25 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados