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

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

Yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en calidad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro libre y voluntariamente que acepto que \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_participe en las sesiones de entrenamiento lúdico para trabajar 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 pediátricos con discapacidad.
* Integrarlos en una actividad deportiva específica de deporte adaptado.
* Inducir al paciente pediátrico a practicar actividad física y deportiva.
* Mejorar la condición física.
* Mejorar el manejo de silla de ruedas de uso diario.

Estoy consciente de 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 lo requiere, el paciente se 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 mi hijo(a) será libre de retirarse del programa de actividad lúdica-deportiva en el momento que él(ella) o yo así lo desee. También que puedo solicitar información adicional acerca de los riesgos y beneficios de la participación de el menor en el programa. En caso de que haya un retiro, la atención que como paciente recibe en esta Institución no se verá afectada.

**Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dirección Teléfono**

**Firma de padre o tutor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Correo electrónico:**

**Testigo Firma Teléfono**

**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.