

## Anexo A. Manual De seguridad del paciente



### VISIÓN

Nuestra Misión es lograr que el paciente se integre a sus actividades diarias y sociales con el óptimo nivel físico y de forma independiente, recibiendo un trato cálido y profesional.

### MISIÓN

Ser un centro de rehabilitación que logre cumplir las expectativas de todos los pacientes a través de un servicio con calidad y profesional y ser un punto de referencia como el mejor en su género a un precio justo, accesible a todo público.

### DERECHOS DEL PACIENTE

A ser llamado por su nombre

A ser atendido de manera oportuna, integral y con calidad

A conocer y comprender el contenido de los derechos y deberes

A conocer la fecha y hora en que se le realizarán los procedimientos

A recibir la información sobre la preparación para los procedimientos que se le realizarán

A recibir información sobre los servicios de salud a los que tiene derecho y conocer las

alternativas cuando la aseguradora no cubre los servicios que solicita

A ser respetado y recibir un trato sin discriminación social, cultural, racial, religiosa, ni condición médica

A recibir información del equipo tratante sobre su estado de salud, los tratamientos que se le van a realizar, los riesgos y beneficios y a firmar el consentimiento informado

A tener una segunda opción fisioterapéutica, en el caso en que el médico tratante lo considere pertinente

A negarse al tratamiento y a generar un alta voluntaria, si así lo dispone

A tener privacidad durante la realización de los procedimientos

A la confidencialidad de su historia clínica y a tener acceso a ella cuando lo requiera

A recibir atención por parte del personal calificado con un trato amable y cortés

A ser visitado en el momento de estar hospitalizado

A expresar de manera formal sugerencias e inconformidades

A solicitar al personal de salud información, sobre normas y funcionamiento de la clínica

A conocer las causas de retrasos en la prestación de los servicios

## **DEBERES DEL PACIENTE**

Presentar la documentación requerida por Diame E.U

Conocer sus derechos y cumplir con los deberes definidos por Diame E.U.

Asistir oportunamente a las citas médicas o procedimientos programados o cancelarlos oportunamente en caso de no poder

Cumplir las instrucciones sobre preparaciones para exámenes y procedimientos terapéuticos

Cancelar los conceptos que no cubre la entidad aseguradora para la atención de su necesidad

Suministrar información veraz sobre su estado de salud

Brindar un trato respetuoso al personal de la clínica

Colaborar con el tratamiento instaurado por el personal de rehabilitación

Firmar en la historia clínica cuando no acepte un tratamiento específico

Firmar el consentimiento informado cuando éste se requiera

Firmar en la historia clínica el alta voluntaria cuando decida no aceptar la atención

Respetar la intimidad de los demás pacientes.

Cuidar los recursos que tiene disponibles mientras está en Diame E.U.

Hacer uso adecuado del recurso de quejas, sugerencias y reclamos en el momento de presentar una inconformidad

Cumplir con las normas de Diame E.U.

Comprender el motivo de retraso en la prestación del servicio cuando el equipo terapéutico se lo hace saber.



**ALCANCE**

Este manual es de aplicación a todas al área asistencial de DIAME E.U.

**PRACTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE****1. IDENTIFICACIÓN AL INGRESO DEL PACIENTE.**

Se realiza al ingreso de la institución, donde debe anunciarse 10 min antes de su cita. Confirmando nombre completo, y presentar su documento de identificación.

Una vez se encuentre con el profesional en Fisioterapia los datos a confirmar, son nombre completo, edad, diagnostico, confirmación del diagnóstico, definición del área a tratar.

**2. EXAMINACION, EVALUACION, DIAGNOSTICO Y PLAN DE INTERVENCION FISIOTERAPEUTICA**

Es importante establecer una adecuada exanimación fisioterapéutica, mediante el manejo del modelo de la



APTA, para poder establecer un tratamiento adecuado, acorde a la necesidad del paciente.

**Ver Anexo A. EXAMINACION, EVALUACION, DIAGNOSTICO Y PLAN DE INTERVENCION FISIOTERAPEUTICA**



### **3. CONSENTIMIENTO INFORMADO**

El consentimiento informado es una herramienta que permite dar eficacia a los derechos de los pacientes y hacer posible su protección, siendo una herramienta que delimita sus obligaciones de las partes que actúan en el acto Fisioterapéutico.

Ver anexo B. Consentimiento Informado

#### 4. LAVADO DE MANOS

Se define como un frote breve y enérgico de todas las superficies de las manos con una solución anti-microbiana, seguido de enjuague al chorro de agua. Busca remover la suciedad, el material orgánico y disminuir la concentración de la flora transitoria, adquirida por contacto reciente con pacientes o fómites (15 a 30 segundos)



5.

## PREVENCION DE CAIDAS

Se considera oportuno realizar una valoración de todos los pacientes, al ingreso de la institución.

Con la intención de reducir aquellos factores presentes en las caídas, valorarlas adecuadamente y poder determinar sus causas, para corregirlas, se ha adoptado para documentarlas pertinentemente la Escala de Riesgo de Caídas de J.H. Downton, 1993.

| ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS (J.H.DOWNTON) ALTO RIESGO >2 PUNTOS |                                |   |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------|---|
| CAÍDAS PREVIAS                                                 | No                             | 0 |
|                                                                | Si                             | 1 |
|                                                                | Ninguno                        | 0 |
| MEDICAMENTOS                                                   | Tranquilizantes – sedantes     | 1 |
|                                                                | Diuréticos                     | 1 |
|                                                                | Hipotensores (no diuréticos)   | 1 |
|                                                                | Antiparkinsonianos             | 1 |
|                                                                | Antidepresivos                 | 1 |
|                                                                | Otros medicamentos             | 1 |
|                                                                | Ninguno                        | 0 |
|                                                                |                                |   |
| DÉFICITS SENSORIALES                                           | Alteraciones visuales          | 1 |
|                                                                | Alteraciones auditivas         | 1 |
|                                                                | Extremidades (ictus...)        | 1 |
| ESTADO MENTAL                                                  | Orientado                      | 0 |
|                                                                | Confuso                        | 1 |
|                                                                | Normal                         | 0 |
| DEAMBULACIÓN                                                   | Segura con ayuda               | 1 |
|                                                                | Insegura con ayuda / sin ayuda | 1 |
|                                                                | Imposible                      | 1 |

## FACTORES DEL PACIENTE

**1. Movilización sin solicitar ayuda en pacientes con déficit de movilidad.**

**2. Edad superior a 75 años o inferior a 5 años.**

**3. Estado de confusión, desorientación y/o alucinación**

**4. Impotencia funcional**

**5. Alteraciones oculares o sensitivas.**

**6. Alcoholismo y/o drogadicción.**

**7. Actitud resistente, agresiva o temerosa.**

**8. Hipotensión.**

**9. Hipoglucemia.**

**10. Enfermedades neurológicas (epilepsia, convulsiones...)**

**11. Enfermedades cardíacas (arritmias, portadores de marcapasos...)**

**12. Enfermedades del aparato respiratorio (disnea, hipercapnia...)**

## 6. REPORTE Y GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

Hacer funcional el sistema de reporte de eventos adversos, con el fin de mejorar algunos aspectos, como la cultura del autoreporte, definición de los tipos de errores, establecimiento de conductos regulares, garantizar el análisis y la gestión de todos los errores que se cometan en la atención de los pacientes, crear bases de datos que permitan tener indicadores relacionados con los errores y eventos adversos e informar tanto a directivos como asistenciales, sobre los resultados obtenidos con el sistema de reporte, garantizando la confidencialidad.

### Acciones de reducción del riesgo:

Revisión anual de todas las guías clínicas y protocolos de procedimientos de fisioterapia y guías para determinar los riesgos inherentes a cada uno y realizar planes de acción.



Los coordinadores de las respectivas áreas realizan las modificaciones y actualización de los protocolos de acuerdo a la evaluación de riesgos encontrada.

Realizar y aplicar listas de chequeo de las guías y protocolos más importantes evaluar la adherencia del personal y las fallas que se cometen, para intervenirlos.

Socializar a todos las guías y protocolos y evaluar.

Todo el personal se debe sensibilizar frente a posibles errores.

Llevar registro estadístico de los errores y eventos adversos reportándose informar a todo el personal periódicamente, haciendo análisis de las causas y generar planes de acción para evitar que se repitan.



#### **Mecanismos para la identificación de eventos adversos:**

- Fomentar el autoreporte de incidentes, errores y eventos adversos, teniendo en cuenta la premisa de trabajar en un ambiente educativo no punitivo.
- Aceptar los reportes de otras personas o procesos en casos en que no se genere el autoreporte.

**Que se reporta:**

Evento Adverso

Incidente

**Como Se Reporta**

A través del formato para reporte de evento adverso

Informar verbalmente a la Coordinación del área de fisioterapia, y a las fisioterapeutas que laboran.

**A Través De Que Medios**

Verbalmente se pueden reportar incidentes y/o indicios de atención insegura.

Formato de evento adverso.

En formatos de, tecnovigilancia.

**Cuando Se Reporta**

Se debe hacer reporte inmediato a la ocurrencia y/o detección del incidente o evento adverso.

**Ver Anexo C.** Formato de Incidente, **Anexo D.** Análisis de Incidentes, **Anexo E.** Evento Adverso, **Anexo F.** Lista eventos presentados a nivel institucional. Cultura del paciente



## 7. TECNOVIGILANCIA

La Tecnovigilancia es el conjunto de actividades que permiten identificar, evaluar, gestionar y divulgar oportunamente la información relacionada con incidentes y eventos adversos relacionados con el uso de dispositivos médicos, con el fin de cuantificar el riesgo, proponer y realizar medidas de salud pública. A través de los Programas Institucionales de Tecnovigilancia de los actores a nivel nacional, departamental, distrital y local, integrado por los fabricantes e importadores de dispositivos médicos, Prestadores de Servicios de Salud y profesionales independientes se busca fortalecer la protección de la salud y la seguridad de los pacientes, operadores y todas aquellas personas que se vean implicadas directa o indirectamente en la utilización de dispositivos médicos; Programa reglamentado por la Resolución 4816 de 2008 y demás normas que establecen el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social.




---

**Anexo G. Tecnovigilancia. Reporte de eventos adversos con dispositivos médicos**


---

**INTERVENCION FISIOTERAPEUTICA**
**Procedimiento: Aplicación De Compresas Húmedo Calientes**

Concepto: consiste en la utilización de compresas húmedas calientes que se colocan en la zona o miembro en el cual se desea obtener resultados como analgésicos y antiinflamatorios. Permite preparar el musculo o el miembro para iniciar tratamiento o cualquier otra actividad física.

| PRECAUCIONES                                                                                                                    | CONTRAINDICACIONES                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Con los niños y adultos mayores estar muy atento por riesgo de una quemadura.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Alteración de la sensibilidad</li> <li>Algún tipo de lesión en la piel donde se va a realizar el tratamiento</li> </ul> |
| DATOS DE VERIFICACION                                                                                                           |                                                                                                                                                                |
| Conocer la historia clínica del paciente                                                                                        |                                                                                                                                                                |
| Verificar el estado de conciencia del paciente                                                                                  |                                                                                                                                                                |

### Procedimiento: Baños De Parafina

**Concepto:** Modalidad termoterapéutica usada con efecto analgésico, antiinflamatorio. La parafina es una sustancia blanca, de aspecto untuoso, en forma de cera, que se obtiene de la destilación del petróleo, por tanto es un hidrocarburo. Por sus características físicas: maleabilidad, conductibilidad térmica y punto de fusión, es ampliamente usada como un medio de generación de calor por conducción..

Para que la parafina sea empleada en termoterapia, debe ser calentada hasta alcanzar el punto de fusión.

| PRECAUCIONES                                                                                        | CONTRAINDICACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar la temperatura antes de la aplicación</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• En alteraciones varicosas</li> <li>• Flebitis</li> <li>• Ante el riesgo de desprender émbolos o trombos.</li> <li>• Estado cardiodinámico no apropiado.</li> <li>• Alteraciones de la sensibilidad.</li> <li>• Pérdida de la conciencia.</li> <li>• Diabetes</li> </ul> |

## DATOS DE VERIFICACION

Comprobar la conciencia del paciente

Verificar el estado previo de la piel

Ante una sensación de calor excesivo o desagrado se debe suspender inmediatamente

Verificar que el paciente no tenga problemas para lidiar con calor directo

### Procedimiento: Ultrasonido

Concepto: El ultrasonido es el método más efectivo en la producción de calor en las estructuras articulares y peri articulares, por esto, son amplias las indicaciones relacionadas con el sistema osteomioarticular, el ultrasonido es la elección de tratamiento.

| PRECAUCIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                     | CONTRAINDICACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprobar el haz ultrasónico</li> <li>• No sobrepasar los 15 minutos de tratamiento</li> <li>• Verificar la limpieza del área</li> <li>• No sobrepasar intensidad de 2 W/cm<sup>2</sup>.</li> <li>• No usarlo sin sustancia conductora (gel)</li> </ul> | <p>Absolutas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Ojos: Cavitación de medios líquidos y lesiones irreversibles.</li> <li>•Corazón.</li> <li>•Utero grávido: por cavitación del líquido amniótico, malformaciones por la hipertermia.</li> <li>•Placas epifisiarias.</li> <li>•Cerebro.</li> <li>•Testículos.</li> </ul> <p>Relativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Luego de laminectomias.</li> </ul> |

- Pérdida de sensibilidad.
- Endoprótesis e implantes metálicos.
- Tumores.
- Tromboflebitis y várices (embolismos).
- Sépsis con riesgos de diseminación.
- Diabetes mellitus.

### DATOS DE VERIFICACION

Comprobar la conciencia del paciente

Verificar que el paciente no lleve objetos metálicos

Revisar las conexiones eléctricas del equipo

Prestar atención en todo momento a la reacción del paciente

El área total de tratamiento no debe sobrepasar los 15 cm<sup>2</sup>.

Es importante vigilar la sensación de dolor en el paciente

Importante limpiar la zona antes de empezar la aplicación para asegurar la conducción

La zona a tratar debe ser rasurada para garantizar los resultados

Mantener en todo momento el cabezal en contacto con el paciente

### Procedimiento: Radiación Infrarroja

Concepto: Es una radiación electromagnética que no podemos ver, Penetran pocos milímetros en el cuerpo pero producen un aumento de la temperatura local capaz de producir un

aumento del riego sanguíneo en la zona de irradiación, este aumento perdura varios minutos tras el tratamiento.

| PRECAUCIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | CONTRAINDICACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Protección adecuada (ocular y cutánea).</li> <li>• Reducir al mínimo tiempo posible de exposición.</li> <li>• Aumentar en lo posible la distancia a la fuente.</li> <li>• Adecuada formación y educación al trabajador expuesto.</li> <li>• Se deben tomar precauciones</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Varices</li> <li>• Menstruación</li> <li>• Hemorragias recientes</li> <li>• Heridas sangrantes o purulentas</li> <li>• Derrames intraarticulares o intratisulares recientes.</li> <li>• Fiebre</li> <li>• Alteraciones de la sensibilidad</li> </ul> |

| DATOS DE VERIFICACION                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Comprobar la conciencia del paciente</p> <p>Verificar que el paciente no lleve objetos metálicos</p> <p>Revisar las conexiones eléctricas del equipo</p> <p>Vendar los ojos del paciente</p> <p>Distancia mínima 60cm de distancia y perpendicular a la piel y vigilar cada 5 minutos para evitar quemaduras</p> |

### Procedimiento: Laserterapia

Concepto: Es la aplicación indolora de un rayo láser sobre una zona consiguiendo acelerar la recuperación y proporcionando una mejora en centros neurálgicos, zonas óseas, músculos, tendones, ligamentos y piel.

| PRECAUCIONES                                                                                                                                                                                                     | CONTRAINDICACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• El área a tratar debe estar bien limpia antes de iniciar el tratamiento</li> <li>• Nunca mirar de frente el haz de laser</li> <li>• Usar anteojos especiales</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Neoplasias</li> <li>• Periodos agudos de infarto del miocardio</li> <li>• Enfermedades sanguíneas sistémicas</li> <li>• Diabetes mellitus (fase descompensada)</li> <li>• Estados febriles</li> <li>• Epilepsia</li> <li>• Ojos</li> <li>• Niños.</li> </ul> |

**DATOS DE VERIFICACION**

Comprobar la conciencia del paciente

Verificar que el paciente no lleve objetos metálicos

Revisar las conexiones eléctricas del equipo

**Procedimiento: Crioterapia**

Concepto: Es una modalidad de frío usada para disminuir el dolor, que gracias a la vasoconstricción que produce reduce la inflamación y el espasmo muscular. Es útil en la recuperación funcional de pacientes, dado que produce un descenso intenso de temperatura regional por medio de una sustracción de calor de los diferentes tejidos.

**PRECAUCIONES**

- Disminución o pérdida de la sensibilidad
- Fenómeno de raynaud
- Tromboangeitis Obliterante

**CONTRAINDICACIONES**

- Hipertensos
- Rigidez articular
- Heridas
- Vaso espasmos
- Arterioesclerosis

**DATOS DE VERIFICACION**

Comprobar la conciencia del paciente

Indagar cuál es la tolerancia del paciente al frío

### **Procedimiento: Estimulación Eléctrica Transcutanea**

**Concepto:** La estimulación eléctrica transcutánea es una forma de electroterapia de baja frecuencia que permite estimular las fibras nerviosas gruesas A - alfa mielínicas de conducción rápida. Desencadena a nivel central la puesta en marcha de los sistemas analgésicos descendentes de carácter inhibitorio

| PRECAUCIONES                                                                                                                                                                                     | CONTRAINDICACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tener cuidado con los pacientes ansiosos</li> <li>• Verificar el estado del área a tratar</li> <li>• Usar la dosis a tolerancia del paciente</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presencia de marcapasos.</li> <li>• Enfermedad cardíaca o arritmias.</li> <li>• Dolor sin diagnosticar.</li> <li>• Epilepsia.</li> <li>• Embarazo.</li> <li>• No aplicar en la boca.</li> <li>• No utilizar en el trayecto de la arteria carótida.</li> <li>• No emplear sobre piel lesionada.</li> <li>• No aplicar sobre piel anestesiada.</li> <li>• Zonas tumorales, por riesgo de metástasis</li> <li>• Mucosas</li> <li>• Zonas isquémicas</li> <li>• Zonas de Hemorragias</li> </ul> |

### DATOS DE VERIFICACION

Comprobar el buen contacto de los electrodos

Revisar que el paciente no lleve joyas ni objetos metálicos

Verificar el buen estado de los cables

Revisar el buen contacto de los electrodos con la piel por medio de un gel conductor

### Procedimiento: Masoterapia

Concepto: es la aplicación de distintas modalidades de masaje. Es una terapia manual destinada a producir una serie de reacciones fisiológicas controladas, en el sistema musculoesquelético y/u otros sistemas del cuerpo, que conducen al alivio terapéutico del individuo a tratar.

| PRECAUCIONES                                                                      | CONTRAINDICACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procesos inflamatorios agudos</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inflamaciones (microbianas y parasitarias)</li> <li>• Tumores en todas sus manifestaciones</li> <li>• Hemorragias.</li> <li>• Heridas abiertas</li> <li>• Embolia arterial.</li> <li>• Varices extremadas.</li> <li>• Tromboflebitis, trombosis.</li> <li>• Fiebre.</li> <li>• Infecciones.</li> <li>• Enfermedades infecciosas: sarampión, viruela</li> <li>• Enfermedades de la piel: abscesos, eczemas, eritema, pelagra, psoriasis, forúnculos, llagas, dermatomicosis, herpes, erisipela, urticaria, casos de acné muy acusados, etc.</li> </ul> |

### DATOS DE VERIFICACION

Revisar el estado inicial de la piel antes de iniciar

### Procedimiento: Cinesiterapia

Concepto: la Cinesiterapia viene, como su propio nombre indica, de la **capacidad de curar o mejorar problemas físicos mediante ejercicios o series de movimientos simples**, como parte de cualquier tratamiento de fisioterapia, en el que se trabajan básicamente las limitaciones articulares, la restauración fisiológica del músculo y la mejora de la capacidad de coordinación. Podemos distinguir en Cinesiterapia Activa y Pasiva, dependiendo si los movimientos los hace voluntariamente el paciente o no. es la aplicación de distintas modalidades de masaje.

### RECAUCIONES

- En post operatorios inmediatos  
esperar la autorización del médico  
tratante
- En reemplazos articulares seguir las  
indicaciones del ortopedista

### CONTRAINDICACIONES

El ejercicio físico como tal no tiene  
contraindicaciones.

**DATOS DE VERIFICACION**

Contar siempre con la historia clínica a la mano para iniciar tratamiento, ya que a algunos pacientes hipertensos el médico le prohíbe determinado tipo de ejercicios.

**PROCEDIMIENTO: REHABILITACIÓN DE LA MARCHA**

Concepto: La marcha representa la capacidad de ser poder trasladarnos de un lado a otro, y más que eso es **uno de los factores más importantes para ser independientes**. La rehabilitación de la marcha es una de las actividades más importantes que se realizan en terapia física.

**PRECAUCIONES**

- Conocer mediante la valoración el equilibrio del paciente

**CONTRAINDICACIONES**

- Fracturas no consolidadas de miembros inferiores
- Alteración del equilibrio
- vértigo

**DATOS DE VERIFICACION**

Verificar el buen estado de las barras paralelas o de cualquier otra ayuda que se vaya a usar para apoyar al paciente.

### Procedimiento: Rehabilitación Del Adulto Mayor

Concepto: La **fisioterapia geriátrica** es la aplicación de determinadas técnicas de fisioterapia sobre adultos mayores, en los que el proceso involutivo de la edad puede desencadenar diferentes procesos patológicos que pueden llevar a la **disminución de sus capacidades funcionales**.

| PRECAUCIONES                                                                                                                                                                                                        | CONTRAINDICACIONES                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado especial en pacientes con osteoporosis</li> <li>• Clasificación del estado físico de los pacientes</li> <li>• Trabajar según la tolerancia del paciente</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Demencia senil</li> <li>• Cardiopatías cianósicas</li> </ul> |

### DATOS DE VERIFICACION

Revisar la historia clínica antes de iniciar la rehabilitación.

### Procedimiento: Rehabilitación Infantil

Concepto: Es el manejo de terapia física que se le hace a los niños que son remitidos a tratamientos de fisioterapia, para realizar un tratamiento integral cuando por algún motivo se han visto disminuidas sus capacidades y estas han afectado su desarrollo motor normal. El

objetivo de un plan de rehabilitación es integrar al menor a sus actividades de la vida diaria y alcanzar un desarrollo motor normal acorde con su edad.

| PRECAUCIONES                                                                                                                                                   | CONTRAINDICACIONES                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Osteogénesis imperfecta</li> <li>• Patologías vasculares</li> <li>• Patologías de base</li> <li>• Ansiedad</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estado febril</li> <li>• Complicaciones respiratorias</li> </ul> |

| DATOS DE VERIFICACION                             |
|---------------------------------------------------|
| Conocer la historia clínica del paciente          |
| Que el menor siempre esté acompañado de un adulto |

### **Procedimiento: Rehabilitación Del Paciente De Columna**

Concepto: La rehabilitación de pacientes con algún tipo de patología de columna ocupa un lugar importante dentro de las actividades realizadas en el servicio de fisioterapia.

Estas incluyen desde usar medios físicos para manejo de dolor hasta lograr mejorar la movilidad y fortalecimiento de la musculatura, para permitir al paciente integrarse a sus actividades de la vida diaria.

| PRECAUCIONES                                                                                             | CONTRAINDICACIONES                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer de antemano la historia clínica del paciente</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesiones medulares</li> <li>• Fracturas no consolidadas</li> </ul> |

| DATOS DE VERIFICACION                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Conocer la historia clínica del paciente</p> <p>Verificar el estado de conciencia del paciente</p> |

**Anexo A.** Examinación, Evaluación, Diagnostico y Plan de Intervención Fisioterapeutica**MODELO DE INTERVENCION****1. EXAMINACION****ANAMNESIS:****NOMBRE:** \_\_\_\_\_**H.C:** \_\_\_\_\_**EDAD:** \_\_\_\_\_ **GENERO:** MASCULINO \_\_\_\_\_ FEMENINO: \_\_\_\_\_**NATURAL:**\_\_\_\_\_ **PROCEDENCIA:** \_\_\_\_\_**ESTADO CIVIL:** \_\_\_\_\_ **SEGURIDAD SOCIAL:** \_\_\_\_\_**OCUPACION:** \_\_\_\_\_ **LATERALIDAD:** \_\_\_\_\_**DIAGNOSTICO MEDICO:** \_\_\_\_\_**ANTECEDENTES:****PERSONALES:**

- **Pre, pri y post natales:** \_\_\_\_\_
- **Quirúrgicos:** \_\_\_\_\_
- **Traumáticos:** \_\_\_\_\_
- **Alérgicos:** \_\_\_\_\_
- **Patológicos:** \_\_\_\_\_
- **Hospitalarios:** \_\_\_\_\_

**FAMILIARES:**

---

**OCUPACIONALES:** \_\_\_\_\_

**CRONOLOGIA DE LA PATOLOGIA Y RESUMEN DE LA HISTORIA CLINICA:**

---

---

---

**SIGNOS VITALES:**    **F.R.**                      **F.C**                      **T.A**                      **T°**

**VALORACION DE PARACLINICOS PRESENTADOS:**

---

---

**APLICACIÓN DE PRUEBAS SEMMIOLÓGICAS PARA CONFIRMAR  
DIAGNOSTICO**

---

---

**1.2 TEST Y MEDICION FISIOTERAPEUTICA.**

**1.2.1 CARACTERISTICAS ANTROPOMETRICAS.**

**Peso:** \_\_\_\_\_ **Talla:** \_\_\_\_\_ **Perímetro cefálico:** \_\_\_\_\_ **Perímetro abdominal:** \_\_\_\_\_

**1.2.2 DOLOR:**

---

---

**1.2.3 CIRCULACION:**

---

---

**1.2.4 INTEGRIDAD REFLEJA:**

**RANGO DE TONO MUSCULAR:** \_\_\_\_\_

**ACTIVIDAD REFLEJA:** \_\_\_\_\_

**ACTIVIDAD REFLEJA ANORMAL:** \_\_\_\_\_

**REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS:** \_\_\_\_\_

**VALORACION DE ACTIVIDAD REFLEJA EN EL NIÑO.**

**EDAD CRONOLOGICA:** \_\_\_\_ **EDAD CORREGIDA:** \_\_\_\_ **EDAD MOTORA:** \_\_\_\_\_

**ACTIVIDAD REFLEJA ANORMAL:** \_\_\_\_\_

**1.2.5 INTEGRIDAD E INTEGRACION SENSORIAL:****SENSIBILIDAD SUPERFICIAL:** \_\_\_\_\_**SENSIBILIDAD PROFUNDA:** \_\_\_\_\_**SENSIBILIDAD CORTICAL:** \_\_\_\_\_**1.2.6 INTEGRIDAD DE NERVIOS CRANEALES Y PERIFERICOS:**\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**1.2.7 FUNCION MOTORA:****ACTIVIDAD MOTORA VOLUNTARIA:** \_\_\_\_\_**TRASLADOS:** \_\_\_\_\_**DESPLAZAMIENTOS:** \_\_\_\_\_**CONTROL PÉLVICO:** \_\_\_\_\_**EQUILIBRIO:** \_\_\_\_\_**COORDINACION:** \_\_\_\_\_

**1.2.10 INTEGRIDAD ARTICULAR Y MOVILIDAD:**

---

---

**1.2.11 RANGO DE MOVIMIENTO:**

---

---

**1.2.12 DESEMPEÑO MUSCULAR:****FLEXIBILIDAD:**

---

---

**RESISTENCIA MUSCULAR:**

---

---

**1.2.13 CONTROL POSTURAL:**

---

---

**1.2.14 MARCHA, LOCOMOCION Y BALANCE:**

---

---

**1.2.15 APARATOS ASISTIDOS Y ADAPTATIVOS:**

---

---

**1.2.16 ORTESIS, APARATOS DE SOPORTE Y PROTECCION:**

---

---

**2.EVALUACION.**

---

---

**3. DIAGNOSTICO FISIOTERAPEUTICO.**

---

---

**4. PRONOSTICO FISIOTERAPEUTICO.**

---

---

**5. PLAN DE INTERVENCION.**

---

---

**Anexo B. Consentimiento Informado**

CONSENTIMIENTO INFORMADO  
INTERVENCION FISIOTERAPEUTICA

Ciudad \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_

Mayor de edad identificado con C.C: \_\_\_\_\_, actuando en nombre propio o como representante legal de \_\_\_\_\_.

DECLARO Que he sido informado hoy por el fisioterapeuta \_\_\_\_\_ del proceso de valoración y tratamiento para el Diagnostico Medico de \_\_\_\_\_. También se me informo acerca de las molestias mínimas y se me advirtió de los siguientes riesgos previsivos: \_\_\_\_\_

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas, he recibido información satisfactoria, por lo que doy mi constancia de haber sido informado y mi consentimiento para que se le realicen los procedimientos propios al tratamiento a mi representada, aceptando los riesgos ya mencionados. También se me ha informado de mi derecho a rechazar o revocar este consentimiento para el procedimiento específico de \_\_\_\_\_ Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o familiar

\_\_\_\_\_  
Firma del fisioterapeuta

Rechazo la atención y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias para mi salud de esta decisión.

---

Firma del paciente o familiar

---

Firma del fisioterapeuta

---

Firma del testigo

# Anexo C. Formato de Incidente

|                      |                           |
|----------------------|---------------------------|
| Historia Clínica No: | Tipo y No identificación: |
| Apellidos Completos: | Nombres Completos:        |
| Servicio             | Cama                      |

Fecha    Hora   Dx

Edad:  Sexo: ☐ M ☐ F ☐

|                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Estado de conciencia antes del incidente:<br>Normal <input type="checkbox"/><br>Inconsciente <input type="checkbox"/><br>Desorientado <input type="checkbox"/><br>Sedado <input type="checkbox"/><br>Bajo anestesia <input type="checkbox"/> | Tipo de incidente:<br>1. Caída <input type="checkbox"/><br>2. Error de medicación <input type="checkbox"/><br>3. Error de transfusión <input type="checkbox"/><br>4. Error de identificación de paciente <input type="checkbox"/><br>5. Quemadura <input type="checkbox"/><br>6. Caída con lesión grave <input type="checkbox"/><br>7. Cancelación procedimiento/oracle <input type="checkbox"/><br>8. Técnica inadecuada <input type="checkbox"/><br>9. Uterus desorbitado <input type="checkbox"/><br>10. Automedicación <input type="checkbox"/><br>11. Relacionado con Dispositivo Médico <input type="checkbox"/><br>12. Otro <input type="checkbox"/><br>Cual: |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

El incidente es:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Paciente <input type="checkbox"/><br>Acompañante <input type="checkbox"/><br>Visitante <input type="checkbox"/><br>Incidencia prevenible <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/><br>Incidencia no prevenible <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/><br>Incidencia central <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Seleccione el tipo de incidente central:<br>1. Grupo o procedimiento en paciente equivocado <input type="checkbox"/><br>2. Grupo en órgano equivocado <input type="checkbox"/><br>3. Error medicamentoso, atentado la vida <input type="checkbox"/><br>4. Lesión mayor por reposo prolongado <input type="checkbox"/><br>5. Caída con lesión grave <input type="checkbox"/><br>6. Reacción transfusional <input type="checkbox"/><br>7. Fuga <input type="checkbox"/><br>8. Secuestro de menor <input type="checkbox"/><br>9. Suicidio <input type="checkbox"/> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Si el incidente es de caída, complete la siguiente información:

|                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cama <input type="checkbox"/><br>Silla <input type="checkbox"/><br>Camilla <input type="checkbox"/><br>Sano <input type="checkbox"/><br>Propio <input type="checkbox"/><br>Alguna <input type="checkbox"/><br>Inicial <input type="checkbox"/> | Acompañante: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/><br>Cama: Arriba <input type="checkbox"/> Abajo <input type="checkbox"/><br>Cama/ silla frenada: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/><br>Bandejas arriba: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Cama: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/><br>Timbre a mano: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/><br>Piso húmedo: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

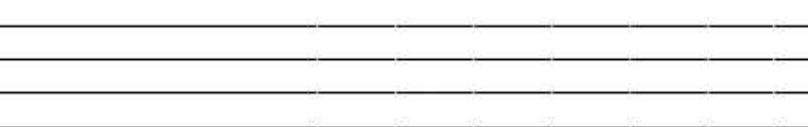
Nombre de quien reporta \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_



**Defina un plan de acción para las causas encontradas:**

|                             |                                        |
|-----------------------------|----------------------------------------|
| Referente _____             | Visto bueno servicio responsable _____ |
| Sugerente de S Salud _____  | Departamento de mejoramiento _____     |
| Jefe Dpto. Enfermería _____ | Registro No _____                      |

**Acción correctiva - Espacio exclusivo para las personas del visto bueno:**



**Anexo E. Evento Adverso**

|                                                                                             |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>CENTRO DE REHABILITACION DIAME E.U.</b><br><b>FORMATO DE REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS</b> |  |
| <b>FECHA:</b> _____ <b>HORA DE EVENTO:</b> _____                                            |  |
| <b>NOMBRE DEL PACIENTE:</b> _____ <b>IDENTIFICACION:</b> _____                              |  |
| <b>DIAGNOSTICO DEL PACIENTE:</b>                                                            |  |
|                                                                                             |  |
|                                                                                             |  |
|                                                                                             |  |
|                                                                                             |  |
| <b>RESPONSABLE DE LA NOTIFICACION:</b> _____                                                |  |
| <b>SERVICIO:</b> _____                                                                      |  |

Clínica metropolitana de Bucaramanga S.A. Comité de seguridad del paciente. Formato de reporte de eventos adversos. Cod ESP-01. Disponible en línea <http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/869/1/PRESENTACION%20PROYECTO%20DE%20GRADO%20ESPECIALIZACION%20AUDITORIA%20EN%20SALUD.pdf>



**Anexo G. Tecnovigilancia. Reporte de eventos adversos con dispositivos médicos**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <p><b>Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA</b><br/>Ministerio de la Protección Social<br/>República de Colombia</p> <p><b>FORMATO DE REPORTE DE EVENTO ADVERSO CON<br/>DISPOSITIVOS MÉDICOS</b></p> |  | <p><b>Programa Nacional<br/>de Tecnovigilancia</b></p> <p><i>Para uso exclusivo del<br/>INVIMA: No.</i></p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                            |             |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------|-------------|
| <b>1. INSTITUCIÓN REPORTANTE (Si Aplica)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                            |             |             |
| FECHA DE NOTIFICACIÓN<br>DD / MM / AAAA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | INSTITUCIÓN                                |             |             |
| NIVEL (Si Aplica)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | CIUDAD O MUNICIPIO / DEPARTAMENTO          |             |             |
| <b>2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                            |             |             |
| INICIALES DEL PACIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | No. IDENTIFICACIÓN                         | EDAD (AÑOS) | SEXO<br>F M |
| <b>3. DESCRIPCIÓN DEL EVENTO ADVERSO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                            |             |             |
| FECHA DEL EVENTO ADVERSO SOSPECHADO<br>DD / MM / AAAA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | TIPO DE REPORTE<br>PRIMERA VEZ SEGUIMIENTO |             |             |
| SEÑALE SEGÚN EL(LOS) DESENLACE(S) QUE APLIQUE(N)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                            |             |             |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> Muerte<br/> <input type="checkbox"/> Enfermedad o Daño que Amenace la Vida<br/> <input type="checkbox"/> Hospitalización: Inicial o Prolongada         </div> <div> <input type="checkbox"/> Daño de una Función o Estructura Corporal<br/> <input type="checkbox"/> Intervención Médica o Quirúrgica<br/> <input type="checkbox"/> No hubo daño<br/> <input type="checkbox"/> Otros, ¿Cuál?:         </div> </div> |                                            |             |             |
| DESCRIPCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                            |             |             |
| DIAGNÓSTICO PRINCIPAL DEL PACIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                            |             |             |
| ¿SE DETECTÓ LA CAUSA?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                            |             |             |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cuál:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                            |             |             |

|                                                                                                                                                                                            |                                                                                                             |                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| ¿SE RESOLVIÓ EL PROBLEMA?                                                                                                                                                                  |                                                                                                             |                                                  |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Medidas Que Se Tomaron:                                                                                                            |                                                                                                             |                                                  |
| <b>4. INFORMACIÓN DEL DISPOSITIVO MÉDICO INVOLUCRADO</b>                                                                                                                                   |                                                                                                             |                                                  |
| NOMBRE GENÉRICO DEL DISPOSITIVO MÉDICO                                                                                                                                                     |                                                                                                             |                                                  |
| NOMBRE COMERCIAL DEL DISPOSITIVO MÉDICO                                                                                                                                                    |                                                                                                             |                                                  |
| FABRICANTE                                                                                                                                                                                 | NÚMERO DE LOTE O SERIE                                                                                      |                                                  |
| MODELO / REFERENCIA                                                                                                                                                                        | VERSIÓN DEL SOFTWARE                                                                                        | REGISTRO SANITARIO O PERMISO DE COMERCIALIZACIÓN |
| DISTRIBUIDOR Y/O IMPORTADOR                                                                                                                                                                |                                                                                                             |                                                  |
| ÁREA DE FUNCIONAMIENTO DEL DISPOSITIVO MÉDICO EN EL MOMENTO DEL EVENTO                                                                                                                     |                                                                                                             |                                                  |
| ¿SE REPORTÓ AL FABRICANTE?                                                                                                                                                                 | NOTA: CUANDO APLIQUE, LISTE LOS ACCESORIOS ASOCIADOS AL DISPOSITIVO MÉDICO AL RESPALDO DEL PRESENTE FORMATO |                                                  |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                    |                                                                                                             |                                                  |
| <b>5. OTRAS INFORMACIONES ADICIONALES</b>                                                                                                                                                  |                                                                                                             |                                                  |
| CARACTERÍSTICAS FÍSICAS DEL DISPOSITIVO, ACCIONES CORRECTIVAS, PESO DEL PACIENTE O CUALQUIER CONDICIÓN TANTO FÍSICA COMO PATOLÓGICA DEL PACIENTE QUE CONSIDERE RELEVANTE PARA ESTE REPORTE |                                                                                                             |                                                  |
| <b>6. IDENTIFICACIÓN DEL REPORTANTE</b>                                                                                                                                                    |                                                                                                             |                                                  |
| NOMBRE DEL REPORTANTE                                                                                                                                                                      |                                                                                                             |                                                  |
| PROFESIÓN O CARGO                                                                                                                                                                          |                                                                                                             |                                                  |
| DIRECCIÓN                                                                                                                                                                                  |                                                                                                             |                                                  |
| TELÉFONO                                                                                                                                                                                   | CORREO ELECTRÓNICO                                                                                          |                                                  |

## LICENCIA DE USO – AUTORIZACION DE LOS AUTORES

Actuando en nombre propio identificado (s) de la siguiente forma:

Nombre Completo **LUZ ANGELA FERIA PATIÑO**

Tipo de documento de identidad: C.C. ☒ T.I. ☐ C.E. ☐ Número: 28.719.067

Nombre Completo **BIBIANA FERNANDA LUGO NUÑEZ**

Tipo de documento de identidad: C.C. ☒ T.I. ☐ C.E. ☐ Número: 28.549.911

Nombre Completo **LILIANA DEL CARMEN NORIEGA BILBAO**

Tipo de documento de identidad: C.C. ☒ T.I. ☐ C.E. ☐ Número: 32.714.725

Nombre Completo **ALEXANDRA OSORIO NAVARRO**

Tipo de documento de identidad: C.C. ☒ T.I. ☐ C.E. ☐ Número: 1.075.227.473

El (Los) suscrito (s) en calidad de Autores (es) del trabajo de tesis, monografía o trabajo de grado, documento de investigación, denominado:

### **MANUAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA REHABILITACION FISICA**

Dejo (dejamos) constancia que la obra contiene información confidencial, secreta o similar: SI ☐ No ☒ (Si marqué (marcamos) SI, en un documento adjunto explicaremos tal condición, para que la Universidad EAN mantenga restricción de acceso sobre la obra).

Por medio del presente escrito Autorizo (Autorizamos) a la Universidad EAN, a los usuarios de la Biblioteca de la Universidad EAN y a los usuarios de bases de datos y sitios webs con los cuales la institución tenga convenio, a ejercer las siguientes atribuciones sobre la obra anteriormente mencionada:

- A. Conservación de los ejemplares en la Biblioteca de la Universidad EAN.
- B. Comunicación pública de la obra por cualquier medio, incluyendo internet.
- C. Reproducción bajo cualquier formato que se conozca actualmente o que se conozca en el futuro.
- D. Que los ejemplares sean consultados en medio electrónico.
- E. Inclusión en bases de datos o redes o sitios Web con los cuales la Universidad EAN tenga convenio con las mismas facultades y limitaciones que se expresen en este documento.
- F. Distribución y consulta de la obra a las entidades con las cuales la Universidad EAN tenga convenio.

Con el debido respeto de los derechos patrimoniales y morales de la obra, la presente licencia se otorga a título gratuito, de conformidad con la normatividad vigente en la materia y

teniendo en cuenta que la Universidad EAN busca difundir y promover la formación académica, la enseñanza y el espíritu investigativo y emprendedor.

Manifiesto (manifestamos) que la obra objeto de la presente Autorización es original, el (los) suscritos es (son) el (los) Autores (es) exclusivo (s), fue producto de mi (nuestro) ingenio y esfuerzo personal y la realizó (zamos) sin violar o usurpar derechos de Autores de terceros, por lo tanto la obra es de exclusiva Autoría y tengo (tenemos) la titularidad sobre la misma. En vista de lo expuesto, asumo (asumimos) la total responsabilidad sobre la elaboración, presentación y contenidos de la obra, eximiendo de cualquier responsabilidad a la Universidad EAN por estos aspectos.

En constancia suscribimos el presente documento en la ciudad de Ibagué – Tolima.



**LUZ ANGELA FERIA PATIÑO**

C.C. No. 28.719.067

Facultad Ciencias de la Salud

Especialización en Auditoria de la Garantía de la Calidad en Salud



**BIBIANA FERNANDA LUGO NUÑEZ**

C.C. No. : 28.549.911

Facultad Ciencias de la Salud

Especialización en Auditoria de la Garantía de la Calidad en Salud



**LILIANA DEL CARMEN NORIEGA BILBAO**

C.C. No. 32.714.725

Facultad Ciencias de la Salud

Especialización en Auditoria de la Garantía de la Calidad en Salud



**ALEXANDRA OSORIO NAVARRO**

C.C. No. 1.075.227.473

Facultad Ciencias de la Salud

Especialización en Auditoria de la Garantía de la Calidad en Salud

Fecha de Firma: Ibagué, 24 de abril de 2012