

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El/la Paciente D/D^anatural de
con domicilio en
con edad de años, DNI n°, y abajo firmante, ha sido
INFORMADO DETALLADAMENTE SOBRE Las características del “**programa de
rehabilitación permanente**” de la **Asociación para la Rehabilitación Permanente de
Enfermedades Reumáticas (ARPER)**.

Ha sido informado de que el citado programa de rehabilitación, consiste en tareas de evaluación realizadas por los profesionales del equipo multidisciplinar (psicólogo/a, fisioterapeuta, nutricionista y preparador físico) y actividades como las siguientes: movilidad articular y control postural; actividad física de tipo aeróbico y tonificación; control de la alimentación y la hidratación; aprendizaje de habilidades psicológicas para el manejo del dolor, la autorregulación emocional, el manejo de las alteraciones del sueño, y la gestión del tiempo. Junto con la evaluación inicial del paciente, se realiza una evaluación continua, con periodicidad diaria y trimestral, para informar sobre la evolución de la enfermedad al médico especialista de reumatología del paciente.

Se compromete a tener continuidad en las actividades de este programa y a la realización de las pruebas de evaluación, autorizando a la asociación ARPER a hacer uso de esta información tanto para la elaboración de informes para el médico especialista de reumatología como para fines de investigación.

Ha sido informado de que su participación en este programa de rehabilitación requiere el conocimiento y aprobación por parte de su médico especialista en reumatología y se compromete a obtener dicha aprobación antes del inicio del programa. Asimismo se compromete a informar a su médico de familia y a solicitar de éste **la realización de un electrocardiograma y auscultación médica, con el fin de descartar si hay contraindicación para el ejercicio físico.**

Ha sido informado sobre los riesgos poco probables de la participación en el citado programa de rehabilitación, y que son los siguientes: lesiones propias de un deportista que realiza un programa de entrenamiento de forma continuada.

Todo ello tal y como preceptúa la actual Ley 41/2002, de Autonomía del Paciente, por lo cual, entiende y acepta los anteriores puntos por lo que firma el presente
CONSENTIMIENTO INFORMADO

En....., ade.....del año 20

Técnico responsable

El/la paciente