

FECHA:

HORA:

Nombre del Paciente:

Nombre del Profesional que solicita el procedimiento:

HEALTH & LIFE IPS y su equipo de profesionales domiciliarios en busca de una continuidad de tratamiento para usuarios crónicos y/o agudos y para mejorar la calidad de vida de los mismos, conscientes de la Emergencia Sanitaria actual debido al COVID-19, adaptamos la alternativa de prestación de servicio por teleterapia proporcionándoles los planes caseros por diferentes medios virtuales (videos , audios , video conferencias) que se puedan utilizar para que el tratamiento del paciente sea efectivo.

Por lo que a continuación, se verán reflejadas algunas preguntas que permitirán la aceptación de la prestación del servicio, a través de la modalidad de TELETERAPIA.

Teniendo en cuenta la situación actual, debo prevenir el contagio de COVID- 19, para mí y para mi familia, por lo cual declaro que acepto y autorizo al profesional que se comunica vía telefónica, para la ejecución de las terapias aplicando TELETERAPIA al paciente _____
identificado con documento N° _____

AUTORIZA SI _____

NO _____

PORQUE

Como cuidador del paciente _____ identificado _____ con documento N° _____, soy responsable de apoyar el tratamiento que el profesional aplicara bajo la modalidad de TELETERAPIA, siguiendo las indicaciones que el terapeuta me informe para llevar a cabo adecuadamente cada sesión, hasta completar el plan de manejo solicitado por su médico tratante.

AUTORIZO SI _____

NO _____

PORQUE

Como familiar, cuidador y/o paciente, soy consciente que se me ha explicado el objetivo que se me propone, incluyendo los riesgos significativos a los que puedo estar sometido(a), si permito que haya contacto físico teniendo en cuenta el contagio de COVID-19, por tanto acepto las alternativas disponibles, el manejo terapéutico, tratamiento y planes caseros aplicados a través de la vía virtual y/o tecnológica. De igual manera manifiesto que estoy satisfecho(a) con las explicaciones que se me han brindado,

NOMBRE DE CUIDADOR QUE AUTORIZA:

CEDULA: _____

FIRMA: _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL TERAPEUTICO DE LA SALUD:

CEDULA: _____

FIRMA: _____