

FECHA: \_\_\_\_\_

HORA: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_  
Yo \_\_\_\_\_ mayor de edad, identificado con  
\_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, en calidad  
de paciente (\_\_\_\_\_) o en representación  
(\_\_\_\_\_) por menor de edad, incapacidad física y/o mental del  
paciente \_\_\_\_\_, identificado con  
\_\_\_\_\_, Número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, por  
medio del presente documento, de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales  
manifiesto:

1. Que me (nos) han explicado **adecuadamente** el funcionamiento del programa de Atención domiciliaria para la(s) enfermedades agudas o crónicas agudizadas que padezco (padece) y de otras condiciones de salud que se presenten y puedan ser manejadas en casa, entendiendo las ventajas y bondades de los servicios de atención domiciliaria para el tratamiento y bienestar del paciente y la significación de la activa participación de la familia cuando contribuye a la recuperación o al mantenimiento de las condiciones dignas para la vida del paciente.
2. Que me (nos) han informado los requisitos para ser atendido en casa y que cumplo con las condiciones socio ambiental y que en el evento de ser necesario el cambio de domicilio, informaré oportunamente para que se haga la verificación correspondiente.
3. Que el personal asistencial delegado por Health & Life IPS me (nos) ha respetado el derecho a la libre elección como paciente (o como familiares responsables) de aceptar o no la inclusión en este Programa para la supervisión médica, y la administración de tratamientos en casa que sean indicados por el programa de Atención domiciliaria de los médicos de Health & Life IPS.
4. Que me (nos) han informado los derechos y deberes que como paciente (o familiares responsables) tengo (tenemos).
5. Que me (nos) han dado las instrucciones sobre los cuidados a seguir en casa, del programa de Atención domiciliaria con el apoyo del familiar y/o cuidador y las visitas que tienen dispuestas para lograr el control de la(s) enfermedad(es) que me (le) aqueja(n) como paciente.
6. Que me han explicado la obligatoriedad de la presencia de un cuidador permanente durante mi estancia en Atención domiciliaria.
7. Que me (nos) informaron por escrito los números telefónicos a los cuales puedo (podemos) consultar cualquier duda que me (nos) surja o a los cuales puedo (podemos) informar sobre cualquier evento que se presente en relación con mi estado de salud (del paciente).
8. Que me (nos) han explicado y aclarado **suficientemente** las dudas que me (nos) han surgido y que me (nos) han respondido **satisfactoriamente** las preguntas que he (hemos) realizado al grupo asistencial del programa de Atención domiciliaria.
9. Que me (nos) han explicado los riesgos que asumo (asumimos) en el manejo del paciente fuera de la de la institución y de la posibilidad que sucedan como emergencia o como un evento de manejo diferible, incluyendo la defunción, las complicaciones cardiopulmonares, las vasculares, las infecciosas, las metabólicas, los trastornos de coagulación y alteraciones de su marcapasos, y demás relacionados con su enfermedad actual, su edad o sus enfermedades crónicas asociadas.

10. Que será visitado en mi domicilio y me harán seguimiento por el equipo del programa de hospitalización domiciliaria, para constatar mi estado de salud y ejecutar el plan de manejo, con frecuencia de acuerdo a lo definido en el mismo.
11. Que hemos sido informados de que la historia clínica permanecerá bajo la custodia del médico tratante y del equipo de salud responsable de las atenciones en salud brindadas, quienes asumen las obligaciones de custodia y conservación de la misma.
12. Durante la prestación de los servicios de salud pueden presentarse situaciones involuntarias que producen daño y que involucran al paciente, su familia como a los profesionales y personal de apoyo de la salud. Estas situaciones son inherentes a la prestación de servicios de salud y en ellas pueden suceder errores propios de la condición humana. Tales riesgos pueden llegar a concretarse de diferentes maneras tales como descompensación severa del paciente, pérdida del conocimiento, dolores sobreagregados a los propios de la enfermedad que padece si estos existieren como fiebre , vomito recurrente, procesos infecciosos, hemorragias, pérdida de la estabilidad de cualquiera de sus miembros, acciones por caídas o accidentes, otros de carácter impredecible y aun la muerte.
13. Entendemos y aceptamos que la duración y cobertura de los servicios de atención domiciliaria serán definidos por el médico tratante, conjuntamente con el equipo de salud responsable de dichas atenciones.

**COMPROMISO DE LA FAMILIA / CUIDADOR:**

1. El cuidador asume la obligación de responder por la vigilancia del paciente y garantizar que en todo momento este permanecerá acompañado de un adulto responsable.
2. Nos comprometemos a cumplir estrictamente las instrucciones, tratamientos y recomendaciones impartidas por el personal tratante de Health & Life IPS S.A.S
3. Mantener en condiciones óptimas de aseo y orden el domicilio durante la permanencia en el programa de atención domiciliaria. Así mismo informar cambio de domicilio de manera oportuna al programa.
4. Participar activamente en el entrenamiento como cuidador y seguir las recomendaciones dadas por los profesionales de salud.
5. Informar de forma oportuna los eventos sucedidos durante la prestación de servicios que puedan afectar la seguridad del paciente

En consecuencia, firmo (amos), como *manifiesta aceptación* de realizar el estudio y manejo de mi (su) estado de salud actual siendo paciente de este Programa de Atención Domiciliaria - PAD.

**PACIENTE:** \_\_\_\_\_ **CC:** \_\_\_\_\_

**FAMILIAR (RESPONSABLE LEGAL):** \_\_\_\_\_ **CC:** \_\_\_\_\_

**CUIDADOR:** \_\_\_\_\_ **CC:** \_\_\_\_\_

Reportamos como domicilio actual para la atención del paciente la siguiente dirección y teléfonos de contacto:

**DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:** \_\_\_\_\_ **BARRIO:** \_\_\_\_\_

**TELEFONOS FIJOS:** \_\_\_\_\_ **TELEFONO CELULAR:** \_\_\_\_\_