

NOMBRE DEL PACIENTE Juan Ramo Acosta Velazquez EDAD: 35 años  
 IDENTIFICACION: 101123072 FECHA: 20/12/18  
 DIRECCION: Cll 83 Sur 96-24 Barrio de Bonda TELEFONO: 3007337467  
 INTERDICTO: SI ☐ NO ☒

Nosotros los abajo firmantes en la condición explicitada debajo de nuestras firmas, reconocemos QUE:

1. Se nos ha explicado adecuadamente lo concerniente al programa de tratamiento a cargo de la aseguradora, representada por la I.P.S EMMANUEL, de la (s) enfermedades agudas o crónicas agudizadas que padezco (padece) y del resto de condiciones de salud simultáneas que pueden presentarse durante el curso del tratamiento.
2. Se nos ha respetado, por parte del personal delegado de la I.P.S, el derecho a la libre elección como paciente (y/o como sus allegados responsables) de aceptar o no el ser incluido en este programa para la realización de los tratamientos que se indiquen por los profesionales tratantes del programa.
3. Se nos ha hecho conocedores del derecho que tenemos como paciente y allegados responsables a negarnos continuar con el manejo por parte de este grupo
4. Se nos explicó el objetivo del programa domiciliario y los alcances del mismo.
5. Se nos explicó que el programa requiere de un cuidador permanente de parte de la familia, quien recibirá educación y entrenamiento por parte del equipo de salud para apoyo en el manejo del paciente.
6. Se nos explicó que el programa será temporal, únicamente POR EL TIEMPO solicitado por el equipo tratante o hasta cuando se defina que la familia pueda asumir el cuidado del paciente. Para ello se retiraran en forma progresiva los cuidados domiciliarios y deberá continuar con sus controles en forma ambulatoria por su médico de cabecera.
7. Se nos explicó que tendré (tendrá) visitas domiciliarias por parte del profesional respectivo según el plan a seguir o según lo solicite la aseguradora.
8. Se nos explicó que se entrenará al cuidador y/o a la familia en todas las actividades de autocuidado que el médico considere pertinentes para seguir en casa y proponer por un control de las enfermedades que me (le) aqueja (n) actualmente como paciente.
9. Se nos informó que nos darán copias de las instrucciones que debemos seguir en casa, tanto generales como específicas de las afecciones actuales y es nuestra (mi) responsabilidad seguirlas.



- En consecuencia firmamos, como manifiesta aceptación del ingreso al programa de Medicina y Rehabilitación en casa; como paciente de la I.P.S de la cual dependo a través de EMMANUEL I.P.S

Nombre y Firma del Paciente.  
EC

Jacqueline Ramirez T.  
1024 574 402  
Enfermera  
Jacqueline Ramirez

**Nombre y Firma del Profesional**  
CC. 1024572448