

CONSENTIMIENTO INFORMADO SERVICIOS DOMICILIARIOS

F-SD-002

Versión 03

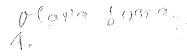
Fecha de Emisión: 2015-10-20

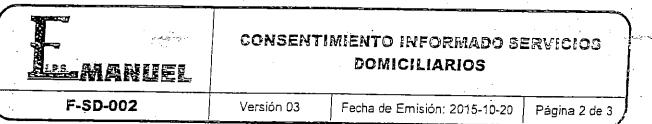
Página 1 de 3

NOMBRE DEL PACIENTE angela Engra Torres	Todal EDAD: 15 0 705
IDENTIFICACION: 1000375610	FECHA
DIRECCION: CIT 77 615# 90-04	TELEFONO 2526576
NTERDICTO: 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 simultaneas 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 témenos 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 puede 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 solicitela aseguradora.
- 8. Se nos explicó que se entrenara al cuidador y/o a la familia en todas las actividades de autocuidado que el medico 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.





- 10. Se nos ha explicado las complicaciones y probabilidades de ocurrencia de las mismas, tanto de emergencia como de manejo diferible, incluyendo la defunción, complicaciones cardiopulmonares, vasculares, infecciosas, metabólicas, coagulopatias y otras alteraciones relacionadas con la enfermedad actual, edad y enfermedades crónicas asociadas.
- 11. Se nos ha dado el número telefónico al cual podremos consultar cualquier duda que nos surja o podemos informar de cualquier evento que se presente en relación con el estado de salud del paciente.
- 12. Se nos ha hecho claridad sobre lo que podemos y debemos hacer ante cualquier eventualidad que se presente.
- 13. Se nos ha explicado y aclarado suficientemente las dudas que nos han surgido.
- 14. Se nos explicó que los equipos que hayan sido enviados al domícilio y los insumos sobrantes deberán ser devueltos a la I.P.S EMMANUEL una vez termine la prestación del servicio.
- 15. Se nos ha explicado que las auxiliares de enfermería y otros profesionales estarán disponibles únicamente para realizar los cuidados del paciente y por lo tanto no realizaran otras actividades.
- 16. Se nos ha explicado que los servicios domiciliarios no cumplirán con un horario estricto.
- 17. Entendemos que el cuidado de los bienes materiales de la casa y del paciente son de responsabilidad y vigilancia permanente por parte del cuidador responsable y que por lo tanto EMMANUEL I.P.S no tiene ninguna responsabilidad por perdida, daño o hurto de objetos y/o dinero que se encuentren en el domicilio.

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 Cuidador Principal		Nombre y Firma del Paciente		
		CC.		





CONSENTIMIENTO INFORMADO SERVICIOS DOMICILIARIOS

F-SD-002

Versión 03

Fecha de Emisión: 2015-10-20

Página 3 de 3

RIESGOS Y BENEFICIOS POR AREAS

ÁREA: TERAPIA OCUPACIONAL Riesgos

Lipotimias o desmayos por cambio posturales, Golpes, convulsiones, luxaciones, Irritaciones dérmicas, alergias, por elementos de apoyo y condición del paciente (sustancias, elementos), alteraciones de los usuarios por exigencia de la actividad, vómito y mareo por estimulación vestibular.

Beneficios

Tolerancia al contacto con diferentes texturas (blandas, liquidas, sólidas)
Intervención personalizada: intervención realizada por profesional.

ÁREA: TERAPIA FÍSICA Riesgos

Lesiones osteomusculares generadas por condiciones patológicas no informadas (osteopenia, osteoporosis y/o cirugías), Lipotimias o desmayos por cambio posturales, Golpes, convulsiones, luxaciones, Irritaciones dérmicas, alergias, por elementos de apoyo y condición del paciente (sustancias, elementos), alteraciones de los usuarios por exigencia de la actividad, vómito y mareo por estimulación vestibular, quemaduras paquete caliente, inflamación localizada por sobreestimulación del área, aumento de frecuencia cardiaca.

Beneficios

Estimulación de la secuencia del desarrollo motor

Mantenimiento de condiciones articulares y cualidades propias de la piel de los usuarios Favorecer adquisición de cualidades físicas en el proceso de rehabilitación

Mayor destreza en secuencia de desarrollo motor y cualidades físicas

ÁREA: TERAPIA FONOAUDIOLOGÍA Riesgos

Alergias a texturas y medios físicos (frio o calor) a nivel facial.

Bronco aspiraciones y aspiraciones silenciosas.

Activación del reflejo vagal

Laceraciones a nivel intraoral

Edema, enrojecimiento y calor en músculos orofaciales

Beneficios

Favorecer el proceso comunicativo en modalidades de lenguaje verbal, no-verbal y lecto-escrito.

Habilitar/Rehabilitar procesos motores básicos del habla.

Favorecer y fortalecer el proceso deglutorio, logrando ingesta de alimentos por vía oral Prevención, detección, evaluación, diagnostico e intervención terapéutica de alteraciones de la comunicación

Favorecer el intercambio comunicativo, integración motora y cognitiva. Cambios de conducta. Favorecer habilidades de expresión oral y procesos psicosociales.

ÁREA: TERAPIA RESPIRATORIA Riesgos

Bronco aspiraciones y aspiraciones silenciosas, activación del reflejo vagal, Desaturación, Edema, enrojecimiento y calor en músculos accesorios respiratorios.

Beneficios

Mejorar el manejo de las secreciones por parte del usuario
Mejorar el patrón respiratorio
Mantener adecuada higiene del tracto respiratorio.
Educar al paciente y cuidador en el buen manejo de la vía aérea.

en de la companya de La companya de la co

. .