

## CONSENTIMIENTO INFORMADO SERVICIOS DOMICILIARIOS

F-SD-002

Versión 03

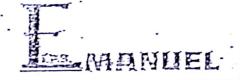
Facha de Emisión: 2015-10-20.

Pégina 1 de 3

NOMBRE DEL PACIENTE Melson Alba	Sanher EDAD: 52 à
IDENTIFICACION: 802-70184	FECHA 05 (12)18
DIRECCION: CIA 77 I BIS # 69 A 17	
INTERDICTO: SI LI NO LI	•

Nosotros los abajo firmanias en la condición explicitada debajo de nuestras firmas, reconocernos QUE:

- 1. Se nos ha explicado adécuadamente lo concemiente al programa de fratamiento a cargo de la aseguradora, representada por la I.P.S EMMANUEL, de la (s) enfermedades agudas o crônicas agudizadas que padezzo (patece) y del resto de condiciones de salud simultaneas que presentarse durante al cuso 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 (v/o como sus allegados responsables) de aceptar o no el ser incluido en este programa para la realización de los tratantes que se indiquen, por los profesionales tratantes del programa.
- 3. Se nos ha hecho conocedores del derecho que támenos como paciente y allegados responsables a negamos 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 qua el programa requiere de un cuidador permanente de paria de la familia, quien racibirá educación y entrenamiento por paria del equipo de salud para apoyo en el manejo del paciente.
- 6. Se nos explicó que si programa será temporal, finicamenta 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 confinuar con sua controles en forma ambulatoria por su médico de cabecera.
- 7. Se nos explicó que tentré (tentrá) visitas domiciliarias por parte del profesional respectivo según el plan a seguir o según to solicitala 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 perfinentes 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.



## CONSENTIMIENTO INFORMADO SERVICIOS DOMICILIARIOS

F-SD-002

Versión 03 ·

Fecha de Emisión: 2015-10-20

Página 2 de 3

- 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, coaguiopalias y otras alteraciones relacionadas con la enfermedada actual, edad y enfermedadas crónicas asociadas.
- 11. Se nos ha dado el número telefônico 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 pacienta.
- 12. Se nos ha hadro claridad sobre lo que podemos y debemos hacer ania cualquiar eventualidad que se presente.
- 13. Se nos ha explicado y actarado sufficientemente las dudas que nos han surgido.
- 14. Se nos expliçó que los equipos que hayan sido enviados al domicilio y los insumos sobrantes deberán ser devueltos a la LP.S EMMANUEL una vez termine la prestación del servicio.
- 15. Se nos ha explicado que las auxiliares de enfermena 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 estricio.
- 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 tiena 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 LP.S de la cual dependo a través de EMMANUEL LP.S

Nombre y Firma del Cuidador Principal

CC.

Nombre y Firma del Paciente.

CC 80270184

Nombre y Firma del Profesional CC. 4024572448

Jacquefine Ramirez T.