

## CONSENTIMIENTO INFORMADO SERVICIOS DOMICILIARIOS

F-SD-002

Versión 03

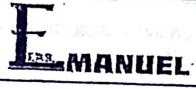
Fecha de Emisión: 2015-10-20

Página 1 de 3

NOMBRE DEL PACIENTE POCO Cluva Martinez	EDAD: 82 a
IDENTIFICACION: 201203.59	FECHA 19 1/12018
DIRECCION: (alle 72 A # 77 M 06 Sol.	TELEFONO 31686-14115 3192928245.
INTERDICTO: SI NO CO	and deleter state of the second comes QUE:

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

- 1. Se nos ha explicado adecuadamente lo concemiente al programa de tratamiento a cargo de la aseguradora, representada por la I.P.S EMMANUEL, de la (s) enfermedades agudas o crônicas agudizadas que padezco (padece) y del resto de condiciones de salud simulfaneas 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 negamos continuar con el manejo por parte de este grupo
- 4. Se nos explicó el objetivo del programa domiciliario y los aicances del mismo.
- 5. Se nos explicó que el programa requiere de un cuidador permanente de parte de la familia, quien recibirá educación y enfrenamiento 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.



## CONSENTIMIENTO INFORMADO SERVICIOS DOMICILIARIOS

F-SD-002

Versión 03

Fecha de Emisión: 2015-10-20

Página 2 da 3

- 10. Se nos ha explicado las complicaciones y probabilidades da ocurrencia de las mismas, tanto de emergencia como de manejo diferible, incluyendo la defunción, complicaciones cardiopulmonares, vásculares, 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 pacienta.
- 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 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 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 domiciliados no cumplirán con un horaño 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 LP.S no tiene ninguna responsabilidad por perdida, daño o hurto de objetos y/o dinero que se encuentran 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

*Yolondo Duron* Nombre y Firma del Cuidador Principal

CC 51903 979

Rosa Elvira Matirez

Nombre y Firma del Paciente.

CC 20120359.

Nombre y Firma del Profesional

Jacqueline Ramirez T.

CC 1024572418