

## CONSENTIMIENTO INFORMADO SERVICIOS DOMICILIARIOS

Versión 03

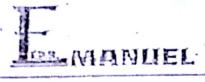
Fecha de Emislón: 2015-10-20

Página 1 de 3

NOMBRE DEL PACIENTE Themifer Alexis	Framo Marlinel EDAD: 33ã.
IDENTIFICACIONE 53015996 -	FECHA 05/12/18
DIRECCIONE CIA 76 # 57 P-96 SUr	
INTERDICTO: SI [ NO [ ]	

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

- 1. Se nos ha explicado adécuadamente lo concerniente 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 paderro (padere) y del resto de condiciones de salud almultaneas que pueden presentarse durante al cuso del tratamiento.
- 2. Se nos ha respetado, por parle 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 concedores 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 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 dal paciente.
- 6. Se nos explicó que el programa será l'emporal, únicamenta POR EL TIEMPO solicitado por el equipo, tratante o hasta cuando se defina que la familla 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 io solicitela aseguradora.
- 8. Se nos explicó que se entrenara al cuidador y/o a la familia en todas las ectividades de autocuidado que el mediço 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 seguirias.



## CONSENTIMIENTO INFORMADO SERVICIOS DOMICILIARIOS

F-SD-002

Version 03

Fecha de Emisión: 2015-10-20

Página 2 de 3

- 10. Se nos ha explicado las complicaciones y probabilidades de ocurrencia de les mismas, tanto de emergencia como de manejo diferible, incluyando la defunción, complicaciones cardiopulmonares. vasculares, infeccioses, metabólicas, coaguiopatias y otras alteraciones relacionadas con la enfermedad ectual, edad y enfermedades 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 reiación con el estado de salud del paciente.
- 12. Se nos ha hecho claridad sobre lo que podemos y debemos hacer ante cualquier eventualidad que sa prasanta.
- 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 domicillo y los insumos sobrantes deberán \_ ser devuellos a la I.P.S EMMANUEL una vez fermine la prestación del servicio.
- 15. Se nos ha explicado que las auxiliares de enfermería y otros profesionales estarán disponibles únicamente para realizar jos cuidados del paciente y por lo tanto no realizaran otras actividades.
- 16. Se nos ha expilicado 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 LP.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 cc 3176.238 de Soucho.

Nombre y Firma del Paciente.

Nombre y Firma del Profesional 1024572448

Jacqueline Rami