

CONSENTIMIENTO INFORMADO SERVICIOS DOMICILIARIOS

F-SD-002 Versión 03

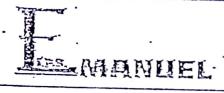
Facina da Emisión; 2015-10-20

Página 1 de 3

NOMBRE DEL PACIENTE Mana Viginia II	zaña de Sarcheleballe 82.
DENTIFICACION: 28481650 -	FECHA 20 12 18
DIRECCIONE CI Ga SUI #195-37 T:5	APL: 217 TELEFONO 3105880290
INTERDICTO: SI [] NO []	

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

- 1. Se nos ha explicado adécuadamente lo concemiente al programa de traismiento a cargo de la aseguradora; representada por la LP.S EMMANUEL, de la (s) enfermedades aquelas o crónicas agudizadas que paderro (padece) y del resto de condiciones de salud simulfaneas que presentarse ourante el cuso del traiamiento.
- 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 tratantes 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 alcarces 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 explicá que el programa será temporal, únicamenta POR EL TIEMPO solicitado por el equipor 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 embulatoria por su médico de cabacera.
- 7. Se nos explicó que tentré (tentrá) 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 ectividades 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 padente.
- 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

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, 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 hadro daridad sobre lo que podemos y debemos hacer ania 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 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 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 tiene ninguna responsabilidad por perdida, daño o hurto de objetos y/o dinero que se encuentren en el domicilio.

En consecuencia firmanica, como manificata 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

Liliana Villamizar

Nombre y Firma del Cuidador Principal

cc. 52.792.684

Nombre y Firma del Paciente.

Nombre y Firma del Profesional CC. 1024 572448