

## CONSENTIMIENTO INFORMADO SERVICIOS DOMICILIARIOS

F-SD-002

Versión 03

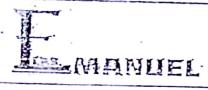
Fecha de Emisión; 2015-10-20

Pégina 1 de 3

NOMBRE DEL PACIENTE JEAN Sebroli	an ladera	Tones EDAD: 28a
		FECHA 06/12/18
DIRECCION: CALL GO A SUI # 64-		TELEFONO 3158201729.
INTERDICTO: SI [] NO []		

Nosotros los ebajo firmantes en la condición explicitada debajo de nuestras firmas, recunocamos QUE:

- 1. Se nos ha excilizado adecuadamente lo concemiente al programa de fratamiento a cargo de la eseguradora; representada por la LP.S EMMANUEL, de la (s) enfermedades aquidas o crônicas agudizadas que paderco (padece) y del resio de condiciones de salud simulfaneas que pueden presentarse durante el curso del tratamiento.
- 2. Sa nos ha respetado, por paria del personal delegado de la I.P.S., el derecho a la libra elección como paciente (y/o como sus allegados responsables) de aceptar o no el serincipido 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 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 domicilizno y los alcances del mismo.
- 5. Se nos explicó que el programa requiere de un cuidador permanente de parte de la familia, quien racibirá educación y entrenamiento por parte del equipo de salud para apoyo en el manejo del padente.
- 6. Se nos explicó que el programa será lemporal, únicamente PDR EL TIEMPO solicitado por el equipor tratante o hasta cuando se defina que la familla puede asumir el cuidado del paciente. Para ello se retiraran en forma prograsiva los cuidados domiciliarios y deberá continuar con sus controles en forma ambulatoria por su médico de cabacera.
- 7. Se nos explicó que fentiré (tentrá) visites 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 partinentes para seguir en casa y proponer por un control de las enfermedades; que me (le) aqueja (n) actualmente como paciente.
- 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 puestra (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, vesculares, infecciosas, metabólicas, coaguiopatias y otras alteraciones relacionadas con la enfermedad actual, edad y enfermedades crónicas asociadas.
- 11. Se nos ha dado el número telefônico al cual podremos consultar cualquier doda 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 hacho claridad sobre lo que podemos y debemos hacer ante cualquiar eventualidad que se presente.
- 13. Se nos ha explicado y actarado suficientemente las dudas que nos han surgido.
- 14. Sa nos expliçõ 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 sarvidos 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 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 finnamos, como manifesta 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 .70567 872

Nombre y Firma del Paciente.

ÉC.

Nombre y Firma del Profesional CC. 1024572446