

NOMBRE DEL PACIENTE Blanca Rodríguez de Jaima EDAD: \_\_\_\_\_  
IDENTIFICACION: 28754966 FECHA 19/11/18  
DIRECCION: Calle 70 A Bis # 89 A - 39 Sur TELEFONO 3143720433  
INTERDICTO: SI ☐ NO ☐

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

1. Se nos ha explicado adecuadamente lo concerniente al programa de tratamiento a cargo de la aseguradora, representada por la I.P.S EMMANUEL, de la (s) enfermedades agudas o crónicas agudizadas que padezca (padece) y del resto de condiciones de salud simultáneas 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 tenemos como paciente y allegados responsables a negarnos 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 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 tendrá (tendrá) visitas domiciliarias por parte del profesional respectivo según el plan a seguir o según lo solicite la aseguradora.
8. Se nos explicó que se entrenara al cuidador y/o a la familia en todas las actividades de autocuidado que el médico 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.



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, coagulopatías 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 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 explicó que los equipos que hayan sido enviados al domicilio y los insumos sobrantes deberán ser devueltos a la I.P.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 realizarán otras actividades.
16. Se nos ha explicado que los servicios domiciliarios no cumplirán con un horario 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 pérdida, 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

*[Firma]*

**Nombre y Firma del Cuidador Principal**  
CC. 65'553232

**Nombre y Firma del Paciente.**  
CC.

*[Firma]*  
**Nombre y Firma del Profesional**  
CC. 1024572448