

CONSENTIMIENTO INFORMADO SERVICIOS DOMICILIARIOS

F-SD-002

Versión 03

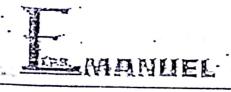
Facing de Emisión: 2015-10-20

Página 1 de 3

HOMBRE DEL PACIENTE JOBN 13m/o Acc	da udagoet edad: 35 9m.
1 11 222	20(12)16
DIRECCION: 01 81 SU 96-24 1:3/1304	SADO TELEFONO 3007837467.
INTERDICTO: SI I HO I	

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

- 1. Se nos ha explicado adecuadamente lo concentiente al programa da tratamiento a cargo de la aseguradora; representada por la LP.S EMMANUEL, de la (s) enfermedades aquies o crônicas agudizadas que padezco (pareca) y del resto de condiciones de salud simulfaneas que presentarse durante el cuso del tratamiento.
- 2. Se nos ha respetado, por parte del personal delegação 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 tratamies del programa.
- 3...Se nos ha hecho concederes del derecho que témenos como paciente y allegados responsables a negamos continuar con el manejo por parte de esto 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 entranamiento por parte del equipo de salud para apoyo en el manejo del paciente.
- 6. Se nos explicá 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 cuidades domiciliarios y deberá confinuar con sus controles en forma embulatoria por su médico de cabacera.
- 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 ectividades de autocuidado que el medico considere perfinantes 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 seguirlas.



CONSENTIMIENTO INFORMADO SERVICIO 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 atteraciones relacionadas con la enfermedad actual, edad y entermedades 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 hacho claridad sobre lo que podemos y debemos hacer ante cualquier eventualidad que sa presenta.
- 13. Se nos ha explicado y adarado suficientemente las dudas que nos han surgido.
- 14. Se nos expliçõ 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 realizaran otras actividades.
- 16. Se nos ha explicado 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 encuentam en el domicilio_

En consecuencia-firmanica, como manifesta 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

DEDE 2

1022329379816 Jacqueline Ramirez T. Nombre y Firma del Paciente.

EC_

Nombre y Firma del Profesional

1024572448 CC.