



PLANTILLA DE ASISTENCIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NOMBRES Y APELLIDOS

Emma Leonor Escudero de Garrido

IDENTIFICACIÓN

23158-522

EDAD

87 años

TÉLEFONO

312 646303

FECHA DE NACIMIENTO

26-05-1935

EPS

FOMAG.

DIRECCIÓN

Calle Manuel Briceño

SERVICIOS PRESTADOS

Terapia física domiciliar

CONSECUTIVO

FECHA DE ATENCIÓN

PROFESIONAL

HORA DE LLEGADA

HORA DE SALIDA

FIRMA

PACIENTE/FAMILIAR/CUIDADOR

Nº CÉDULA

VISITA

OBSERVACION

1

10-03-2025

Sindy Robledo

1:30pm

2:10pm

Norma Garrido E.

CC. 64866.937

2

12-03-2025

Sindy Robledo

1:30pm

2:10pm

Norma Garrido E.

CC. 64866.937

3

14-03-2025

Sindy Robledo

1:30pm

2:10pm

Norma Garrido E.

CC. 64866.937

4

17-03-2025

Sindy Robledo

1:30pm

2:10pm

Norma Garrido E.

CC. 64866.937

5

19-03-2025

Sindy Robledo

1:30pm

2:10pm

Norma Garrido E.

CC. 64866.937

6

21-03-2025

Sindy Robledo

1:30pm

2:10pm

Norma Garrido E.

CC. 64866.937

7

25-03-2025

Sindy Robledo

1:30pm

2:10pm

Norma Garrido E.

CC. 64866.937

8

27-03-2025

Sindy Robledo

1:30pm

2:10pm

Norma Garrido E.

CC. 64866.937

9

28-03-2025

Sindy Robledo

1:30pm

2:10pm

Norma Garrido E.

CC. 64866.937

10

31-03-2025

Sindy Robledo

1:30pm

2:10pm

Norma Garrido E.

CC. 64866.937

11

02-04-2025

Sindy Robledo

1:30pm

2:10pm

Norma Garrido E.

CC. 64866.937

12

03-04-2025

Sindy Robledo

1:30pm

2:10pm

Norma Garrido E.

CC. 64866.937

13

-

Sindy Robledo

1:30pm

2:10pm

Norma Garrido E.

CC. 64866.937

14

-

-

-

-

-

-

15

-

-

-

-

-

-

16

-

-

-

-

-

-

17

-

-

-

-

-

-

18

-

-

-

-

-

-

19

-

-

-

-

-

-

20

-

-

-

-

-

-

Yo, Norma del R. Garrido Escudero, identificado con el documento cc. 64.866.937, para que sea realizado en mí o en el usuario bajo mi responsabilidad Emma Leonor Escudero de Garrido a quien represento, el (los) procedimiento(s), tratamiento(s) y/o prueba(s) diagnóstica(s) denominado(s):
Terapia física domiciliar

Certifico que se me ha socializado las recomendaciones, riesgos o beneficios de (los) procedimiento(s), tratamiento(s) o prueba(s) diagnóstica(s), (apoyado en el uso de documento institucional de consentimiento informado denominado(s) Terapia física).

He entendido y comprendido el propósito, método y su respectivo objetivo, otras posibilidades, tratamientos alternativos, incluso experimentales si aplican, costo, posibles complicaciones de no realizar el (los) procedimiento(s), tratamiento(s) o prueba(s) diagnóstica(s), cuidados y recomendaciones a seguir posterior a el (los) procedimiento(s), tratamiento(s) o prueba(s) diagnóstica(s).

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas, todas ellas han sido contestadas y las he entendido satisfactoriamente.

Entiendo que en el curso del procedimiento, tratamiento o prueba diagnóstica pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales o remisión a una institución de mayor complejidad. Por lo tanto AUTORIZO DE FORMA VOLUNTARIA la realización de dichos procedimientos o de la remisión si el profesional lo considera pertinente y necesario, y que toda la información que se genere en todo el proceso (asesoría, resultado, Post asesoría) será confidencial.

Acepto la idoneidad técnica y científica de los profesionales que realizarán los procedimientos, y los recursos ofrecidos, aunque reconozco que no me han garantizado los resultados.

Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anteriormente anotado y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre albedrío.

Firma del usuario o persona responsable

Norma Garrido E.

HUELLA

Firma del profesional de Salud

Sindy Robichey

DISENTIMIENTO INFORMADO

Manifiesto con mi firma, de forma libre y consciente que a pesar de haberme explicado en forma clara y exacta la importancia de el (los) tratamiento(s), prueba diagnóstica(s) o procedimiento(s) a realizarse en mí o en el usuario que esta bajo mi responsabilidad, **NO ACEPTO** y por consiguiente rechazo el mismo, siendo informado ampliamente de las consecuencias de mi decisión, sin que esto afecte la atención recibida en INTEGRAL IPS S.A.S

Como constancia que no acepto el procedimiento y firmo el disentimiento informado.

Firma del usuario o persona responsable

HUELLA

Firma del profesional de Salud