

PLANTILLA DE ASISTENCIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NOMBRES Y APELLIDOS

Amira de Jesús Guerrero Niño

IDENTIFICACIÓN

38210313

EDAD

73 años

TELÉFONO

Sin celular

FECHA DE NACIMIENTO

1950-10-26

DIRECCIÓN

3053148200-304596951

CONSECUTIVO

PROFESIONAL

FECHA DE ATENCIÓN

HORA DE LLEGADA

HORA DE SALIDA

FIRMA PACIENTE/  
FAMILIAR/CUIDADOR

N° CÉDULA  
PACIENTE/  
FAMILIAR/CUID  
ADOR

VISITA FALLIDA

OBSERVACIONES


EPS

FOMAG

T. Físicas Dominiones

1	Carmen Susana Flores	06-03-25	10:30	11:00	Amira de Jesús	33210313		
2	Carmen Susana Flores	08-03-25	10:30	11:00	Amira de Jesús	33210313		
3	Carmen Susana Flores	11-03-25	10:30	11:00	Amira de Jesús	33210313		
4	Carmen Susana Flores	13-03-25	10:30	11:00	Amira de Jesús	33210313		
5	Carmen Susana Flores	15-03-25	10:30	11:00	Amira de Jesús	33210313		
6	Carmen Susana Flores	18-03-25	10:30	11:00	Amira de Jesús	33210313		
7	Carmen Susana Flores	20-03-25	10:30	11:00	Amira de Jesús	33210313		
8	Carmen Susana Flores	22-03-25	10:30	11:00	Amira de Jesús	33210313		
9	Carmen Susana Flores	25-03-25	10:30	11:00	Amira de Jesús	33210313		
10	Carmen Susana Flores	27-03-25	10:30	11:00	Amira de Jesús	33210313		
11	Carmen Susana Flores	01-04-25	10:30	11:00	Amira de Jesús	33210313		
12	Carmen Susana Flores	03-04-25	10:30	11:00	Amira de Jesús	33210313		
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								



 <b>INTEGRAL</b> salud y acceso NIT. 901.341.454 - 1	
INTEGRAL IPS S.A.S	FORMATO DE CONSENTIMIENTO Y DISENTIMIENTO INFORMADO DE ASISTENCIA DOMICILIARIA SISTEMA OBLIGATORIO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD
CÓDIGO: D-AS-05	VERSIÓN: 01
EMISIÓN: 01-07-2022	

Yo, Amara Guerrero, identificado con el documento 33210313, para que sea realizado en mi o en el usuario bajo mi responsabilidad Paciente a quien represento, el (los) procedimiento(s), tratamiento(s) y/o prueba(s) diagnóstica(s) denominado(s): Temp. y físico con Domicilio

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)

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).

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) sera confidencial. Acepto la idoneidad técnica y científica de los profesionales que intervengan en el procedimiento.

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	Firma del profesional de Salud
<i>(Firma de J. J. J. J.)</i>	<i>(Firma de J. J. J. J.)</i>

**DISSENTIMIENTO 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 disenso informado.

Firma del usuario o persona responsable

Firma del profesional de Salud