



Integral I.P.S.

salud y acceso

Integral IPS S.A.S

ASISTENCIA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD

CÓDIGO: F-AS-14

VERSIÓN: 02

EMISIÓN: 01/03/2022

PLANTILLA DE ASISTENCIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NOMBRES Y APELLIDOS		Alcely Castro Beltr.									
IDENTIFICACIÓN		64574095									
EDAD		FECHA DE NACIMIENTO		1975-01-31		EPS		Fomeq.			
TELÉFONO		DIRECCIÓN		Barrio Pioneros		SERVICIOS PRESTADOS		Atenpro física			
3017073372											
CONSECUTIVO	FECHA DE ATENCIÓN	PROFESIONAL	HORA DE LLEGADA	HORA DE SALIDA	FIRMA PACIENTE/FAMILIAR/CUIDADOR	N° CÉDULA PACIENTE/FAMILIAR/CUIDADOR	VISITA FALLIDA	OBSERVACION			
1	19-02-25	Lina Gomez	17:00	17:30	Juan Sebastian Buelvas	1102885250					
2	21-02-25	Lina Gomez	17:00	17:30	Juan Sebastian Buelvas	1102885250					
3	24-02-25	Lina Gomez	17:00	17:30	Juan Sebastian Buelvas	1102885250					
4	25-02-25	Lina Gomez	17:00	17:30	Juan Sebastian Buelvas	1102885250					
5	07-03-25	Lina Gomez	17:00	17:30	Juan Sebastian Buelvas	1102885250					
6	17-03-25	Lina Gomez	17:00	17:30	Juan Sebastian Buelvas	1102885250					
7	18-03-25	Lina Gomez	17:00	17:30	Juan Sebastian Buelvas	1102885250					
8	20-03-25	Lina Gomez	17:00	17:30	Juan Sebastian Buelvas	1102885250					
9	31-03-25	Lina Gomez	17:00	17:30	Juan Sebastian Buelvas	1102885250					
10	01-04-25	Lina Gomez	17:00	17:30	Juan Sebastian Buelvas	1102885250					
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											

INTTEGRAL IPS S.A.S		FORMATO DE CONSENTIMIENTO Y DISENTIMIENTO INFORMADO	DE ASISTENCIA DOMICILIARIA	EMISIÓN: 01-07-2022
		CÓDIGO: D-AS-05	VERSION:01	
<p>Yo, <u>Diana Sebastián Buitrago</u>, identificado con el documento <u>1102896250</u>, para que sea realizado en mí o en el usuario bajo mi responsabilidad <u>Aleidy Castro Bello</u> y/o prueba(s) diagnóstica(s) denominado(s): <u>terapia física</u></p>				
<p>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))</p> <p>(). 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). Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas, todas ellas han sido contestadas y las he entendido satisfactoriamente.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>				
Firma del usuario o persona responsable	HUELLA	Firma del profesional de Salud	Firma del profesional de Salud	
DISSENTIMIENTO INFORMADO		MANIFESTO 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 CONSEGUENTE RECHAZO EL MISMO, SIENDO INFORMADO AMPLIAMENTE DE LAS CONSECUENCIAS DE MI DECISIÓN, SIN QUE ESTO AFECTE LA ATENCIÓN RECIBIDA EN INTTEGRAL IPS S.A.S		
Como constancia que no acepto el procedimiento y firmo el disentiimiento informado.				
Firma del usuario o persona responsable	HUELLA	Firma del profesional de Salud	Firma del profesional de Salud	