

PLANTILLA DE ASISTENCIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NOMBRES Y APELLIDOS: *Sixta del Socorro Yeppez de Huidobro*
IDENTIFICACIÓN: *22895284*

EDAD: *94 Años*
TELÉFONO: *6057206867*

FECHA DE NACIMIENTO: *1930-07-09*
DIRECCIÓN: *Barro Puerta Roja*

EPS: *Fomasa*

SERVICIOS PRESTADOS: *terapia física domiciliar*

CONSECUTIVO

FECHA DE ATENCIÓN

PROFESIONAL

HORA DE LLEGADA

HORA DE SALIDA

FIRMA

PACIENTE/FAMILIAR/CUIDADOR

N° CÉDULA

PACIENTE/FAMILIAR/CUIDADOR

VISITA

FALLIDA

OBSERVACION

1 07-03-25 Lina Gomez 8:30 9:00 Yuris Martinez 7005568679

2 10-03-25 Lina Gomez 8:30 9:00 Yuris Martinez 1005568679

3 12-03-25 Lina Gomez 8:30 9:00 Yuris Martinez 7005568679

4 14-03-25 Lina Gomez 8:30 9:00 Yuris Martinez 1005568679

5 17-03-25 Lina Gomez 8:30 9:00 Yuris Martinez 1005568679

6 19-03-25 Lina Gomez 8:30 9:00 Yuris Martinez 1005568679

7 21-03-25 Lina Gomez 8:30 9:00 Yuris Martinez 1005568679

8 24-03-25 Lina Gomez 8:30 9:00 Yuris Martinez 1005568679

9 26-03-25 Lina Gomez 8:30 9:00 Yuris Martinez 1005568679

10 28-03-25 Lina Gomez 8:30 9:00 Yuris Martinez 1005568679

11 31-03-25 Lina Gomez 8:30 9:00 Yuris Martinez 7005568679

12 02-04-25 Lina Gomez 8:30 9:00 Yuris Martinez 1005568679

13

14

15

16

17

18

19

20

| | | |
|--|---------------------------|-----------------------------------|
| INTEGRAL IPS S.A.S | | CÓDIGO: D-AS-05 |
| FORMATO DE CONSENTIMIENTO Y DISENTIMIENTO INFORMADO | | DE ASISTENCIA DOMICILIARIA |
| SISTEMA OBLIGATORIO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD | | EMISIÓN: 01-07-2022 |
| | | VERSIÓN: 01 |
| Yo, <u>Juris Torres</u> , identificado con el documento <u>1005569619</u> , para que sea realizado en mí o en el usuario bajo mi responsabilidad <u>Sisto Yere2</u> a quien represento, el (los) <u>tratamiento físico domiciliario</u> procedimiento(s), tratamiento(s) y/o prueba(s) denominado(s): | | |
| Certifico que se me ha socializado las recomendaciones, riesgos o beneficios de (los) procedimiento(s), tratamiento(s) o prueba(s) diagnóstico(s), (apoyado en el uso de documento institucional de consentimiento informado denominado(s) _____). 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) diagnóstico(s), cuidados y recomendaciones a seguir posterior a el(los) procedimiento(s), tratamiento(s) o prueba(s) diagnóstico(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 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 | <u>Juris Torres</u> | HUELLA |
| Firma del profesional de Salud | <u>Ling Gómez Castano</u> | HUELLA |
| 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 | | |