

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ciudad y Fecha: /..... /.....

ATENCIÓN MÉDICA DOMICILIARIA

1. Yo, (consignar el nombre completo del paciente **y/o familiar responsable (Nombre y Apellido y tipo de parentesco)**, doy mi consentimiento para recibir atención médica a través del sistema de **cuidados domiciliarios** por el Servicio de:, y por padecer el siguiente cuadro/ patología:

2. Profesional médico de la entidad referida, prestataria del servicio de atención médica domiciliaria, me ha explicado en términos claros y sencillos las características, alcances y propósitos **y plazos máximos del tratamiento** a recibir, los riesgos que corro de no realizarse el mismo, las eventuales complicaciones que se me pueden presentar durante su desarrollo, y la importancia de cumplir las diversas indicaciones y pautas de alarma que en su ejecución me proporcionen los médicos, nutricionistas, kinesiólogos, enfermeros y demás profesionales actuantes.

3. Se me ha comunicado que en caso de que no se obtenga el resultado esperado del tratamiento, o en caso de deterioro en mi estado de salud por cualquier causa, se podrá requerir de una internación institucional.

4. Me comprometo a facilitar en todo lo posible el ejercicio de las actividades del equipo médico y demás facultativos del servicio de atención domiciliaria, y a brindar un trato digno, cordial y respetuoso a los miembros del equipo.

5. Me comprometo a informar oportunamente sobre cualquier cambio en mis condiciones de salud, personales, familiares y económicas que pudiera dar lugar a la modificación, suspensión o egreso del programa; como así también me comprometo a avisar con suficiente anticipación sobre cualquier cambio de domicilio o situación que impida atender la visita del equipo de atención domiciliaria.

6. Se me ha explicado que debo realizar mi mayor esfuerzo y colaboración para el logro de los objetivos del programa, como así también comunicar de inmediato cualquier incidente o episodio inesperado que afecte mi estado de salud, conociendo el teléfono al que debe llamarse en caso de urgencia médica. Asimismo se me ha requerido que una persona de mi confianza asuma la responsabilidad de mi cuidado y control, colaborando también con la atención y seguimiento, por lo dicho, el acompañamiento será cumplido por: cuyo teléfono es, quién suscribe de conformidad el presente.

7. Declaro bajo juramento no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos, ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas por otros profesionales. Manifiesto ser alérgico a:

8. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas con respecto a las posibles consecuencias de la no realización del tratamiento propuesto o incumplimiento de las distintas indicaciones que se me brinden, y todas ellas han sido contestadas completa y satisfactoriamente. Conozco que la práctica de la Medicina no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que se me ha informado adecuadamente del resultado deseado de la atención, no me han sido garantizados la obtención de los mismos.

9. Autorizo la exhibición y/o entrega de este instrumento y de la totalidad de mi historia clínica a aquellos entes o personas que estime la dirección médica de la entidad prestataria, en la medida que los destinatarios sean profesionales de la salud, instituciones de salud, obras sociales o empresas de medicina pre paga, consultoras de riesgo médico legal, aseguradoras, funcionarios judiciales, autoridades sanitarias, o cualquier otra persona con interés en evaluar los alcances de la atención médica o paramédica que se me haya prestado.

10. Se me ha explicado que en cualquier momento puedo retractar la conformidad al tratamiento, rechazando su continuidad, para lo cual deberé comunicar en forma fehaciente dicha retractación.

11. La atención domiciliaria tiene un tiempo a ser brindada. La misma se brindará por 30 días y en caso de requerirlo se solicitará su prorroga **con la debida justificación médica y ad referéndum de auditoría.**

Firma del paciente: Aclaración:

Documento:

SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR: Por la presente dejo constancia que concuro a suscribir el presente instrumento en representación del/a paciente cuyo nombre completo ha sido consignado al inicio, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada.

(1) Firma:

Aclaración:

Documento:

Teléfono:

Domicilio:

(1)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce:

.....

(2) Firma:

Aclaración:

Documento:

Teléfono:

Domicilio:

(2)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce:

.....