

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Documento que debe completar el familiar o tutor, el Médico prescriptor y la Empresa que presta el servicio de Internación domiciliaria.

Fecha: / /

A completar por la Empresa que presta el servicio:

Quien suscribe, ,en carácter de prestador de Internación Domiciliaria presenta el siguiente esquema de atención domiciliaria para el Sr/a Socio N°: consistente en la asistencia de áreas y tareas que se informan a continuación: (especificar Todas Las prestaciones)

_____ **APELLIDO Y NOMBRE DEL REPRESENTANTE DE LA EMPRESA**

_____ **SELLO Y FIRMA**

A completar por el familiar / tutor responsable y Médico prescriptor:

Quien suscribe, (Paciente o familiar responsable); He sido informado por médico de cabecera sobre la naturaleza y propósito de las prácticas y tratamientos a realizarse en mi domicilio, descriptas en punto anterior. He sido informado de los beneficios que la Internación Domiciliaria tiene en mi caso. Se me han explicado las complicaciones y riesgos posibles de la atención en mi domicilio y la forma de manejarlas. El médico me ha informado de las alternativas de esta Internación Domiciliaria, con sus correspondientes riesgos y beneficios, habiendo podido preguntar y disipar todas mis dudas. Por la presente consiento la Internación Domiciliaria y el tratamiento propuesto por la empresa descripta, sus médicos, enfermeras, terapeutas físicos, trabajadores sociales, auxiliares y personales que consideren necesario, incluyendo a profesionales independientes que puedan ser contratados por la empresa para mi mejor cuidado. Entiendo que mi atención y tratamiento será tal como lo prescribió mi médico o bien estará guiada por lo que la práctica prudente de la medicina y la enfermería considere apropiado para mi enfermedad, lesión o condición. Autorizo al personal calificado provisto por la empresa a administrar medicación oral e inyectable; a extraer muestras de sangre y de orina, a colocar vías, a tomar cultivos y a realizar los procedimientos de enfermería que se encuentren indicados incluyendo curaciones y procedimientos no quirúrgicos. Soy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar de que mi/s médico/s me han informado de los objetivos y resultados deseados de mi Internación Domiciliaria, no se me ha garantizado la obtención de los mismos, no habiéndose realizado promesa alguna sobre el logro de los resultados. Entiendo que puedo negarme al tratamiento o retirar mi consentimiento en cualquier momento, lo que deberá hacerse en forma fehaciente. He tenido la oportunidad de leer y discutir este consentimiento con mi/s médico/s y he podido realizar preguntas, por lo que consiento al plan de tratamiento domiciliario propuesto. **Por último, se informa que la Internación Domiciliaria no constituye una opción de asistencia, soporte ni tratamiento de por vida.**

Observacion:

_____ **APELLIDO Y NOMBRE
FAMILIAR/TUTOR RESPONSABLE**

_____ **FIRMA**

_____ **DNI**

_____ **FIRMA Y SELLO
DEL MÉDICO TRATANTE**