

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE VISITAS DOMICILIARIAS

1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre:Apellidos.....

2.- INFORMACIÓN GENERAL.

Como equipo de salud queremos proponerle realizar una Visita Domiciliaria Integral, que consiste en una visita en su domicilio, efectuada por integrantes del equipo y que busca conocer la situación de salud de usted y su familia, asegurar una atención continua que responda a sus necesidades reales y fortalecer la relación entre usted, su familia y la Unidad de Salud Integral.

Esta Visita Domiciliaria es parte de un plan de acompañamiento que elaboraremos en conjunto, con el fin de seguir potenciando el cuidado de los integrantes del grupo familiar en base a las herramientas que cada uno puede aportar a este proceso, Este plan pudiese incorporar nuevas Visitas Domiciliarias a futuro. La Visita Domiciliaria, tiene una duración de 1 hora aproximadamente, puede ser ejecutada habitualmente por dos personas del equipo y será confirmada previamente por el equipo de Salud, recordándole el día y la hora de la visita acordada.

Es importante que Ud. sepa que:

- Las acciones que se realicen durante la visita serán con su previo consentimiento.
- Las preguntas se harán siempre pensando en favorecer el bienestar suyo(a) y de su familia.
- Tiene derecho a no contestar y a hacer preguntas si hay algo que no le queda claro.
- La información allí entregada es confidencialidad en los términos establecidos por la normativa vigente.
- Puede rechazar la Visita y por esta razón no perderá ninguna de las otras prestaciones a las que tiene derecho, para la atención de usted y su familia.

He comprendido la información anterior, pudiendo preguntar y aclarar mis dudas.

3. DECLARO

Por el presente documento dejo constancia que:

_____SÍ autorizo la realización de la visita en mi domicilio y al proceso de acompañamiento descrito.

_____NO autorizo la realización de visita en mi domicilio, asumiendo las implicancias de ello para mi salud.

4. CONSENTO

En Los Andesde..... del 201.....

RUN. Firma Paciente.....

REPRESENTANTE LEGAL.

Nombre: Apellidos.....,

RUN. Firma Representante legal.....

IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL (NOMBRE Y 2 APELLIDOS O TIMBRE)

.....

RUN. Firma profesional.....