



**FORMATO DE ACEPTACIÓN Y AUTORIZACIÓN
DE INGRESO AL PROGRAMA DE SEGUIMIENTO
A PACIENTES – CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Macroproceso: CSPM

Proceso: AAU

Código: PM-AAU-FO-003

Versión: 004

Página: 1 de 1

Fecha: 12/12/2020

Fecha:

D	M	A
---	---	---

 Hora _____

Paciente: _____

C.C. _____ Edad: _____ EPS: _____ Consciente: Si _____ No _____

Dirección: _____ Teléfonos: _____

Responsable: _____ Dirección: _____ Teléfonos: _____

Nosotros los abajo firmantes, en la condición explicitada frente a nuestras firmas, reconocemos:

1. Que nos han explicado adecuadamente los beneficios y riesgos concernientes al programa de seguimiento a pacientes _____.

2. Reconocemos que ha sido de libre elección como paciente y/o como familiar responsable, el aceptar ser incluido en el programa de seguimiento a pacientes para el manejo indicado por los profesionales tratantes.

3. Que cumpliré (mos) estrictamente las instrucciones y recomendaciones dadas por el médico tratante y/o los miembros del equipo de salud.

4. Que entendemos que la consulta domiciliaria por enfermería, en los casos que aplica, se prestará siempre y cuando el paciente se encuentre estable y que existe la posibilidad de que se presenten situaciones de emergencia que requieran traslado para manejo en centro hospitalario (se exceptúan casos especiales convenidos por escrito) tales como: complicaciones cardiopulmonares, vasculares, infecciosas, metabólicas u otras relacionadas o no con su enfermedad actual, su edad y sus enfermedades crónicas asociadas, incluyendo la posibilidad de defunción, según la condición clínica del paciente.

5. Que aceptamos del equipo técnico y profesional de Cencisalud, entrenamiento en cuanto a auto-cuidado, adecuado manejo y aplicación del medicamento o toma del mismo y demás sugerencias tendientes a la rehabilitación o mejor calidad de vida del paciente, para lo cual destinamos como cuidador a: _____.

6. Que aceptamos participar activamente en el tratamiento instaurado por los profesionales tratantes, asumiendo a conciencia la educación y entrenamiento que los miembros del equipo de salud nos suministren.

7. Que mi inclusión en el programa de seguimiento a pacientes no me generará ningún costo, y que los insumos o elementos requeridos serán suministrados de acuerdo con la fórmula médica por parte del programa.

8. Que entendemos que este servicio es de carácter transitorio y condicionado al cumplimiento de los compromisos adquiridos por cada una de las partes y hasta el momento en el que este indicada la terapia actual. Y puede ser suspendido por solicitud de la familia y/o el paciente, por razones válidas o motivaciones personales.

9. Que se me (nos) ha(n) informado la conducta a seguir ante cualquier eventualidad que se presente con relación a mi estado de salud. De igual manera me (nos) comprometo(emos) a reportar cualquier evento adverso que se presente durante la realización del tratamiento.

10. Autorizo a CENCISALUD la recolección, manejo y uso de mi información con fines académicos y epidemiológicos, así como para procesos de auditoría de terceros, sin que sean revelados datos específicos de mi identidad.

11. Que la información acá consignada incluye mis datos personales, los cuales serán manejados de forma confidencial, no pudiendo revelarse para fines distintos a los contenidos en el presente documento y que podrán modificarse o retirarse de cualquier registro en el momento que yo lo desee de acuerdo con la política de tratamiento de datos, la cual se encuentra disponible en nuestra página web www.cencis.org. Lo anterior se desarrolla en estricto cumplimiento de la política de tratamiento de datos personales de la institución soportada por la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y su decreto reglamentario 1377 de 2013.

Firma del paciente _____ C.C.: _____ de _____

Familiar o cuidador _____ C.C.: _____ de _____

Nombre de quien realiza entrenamiento _____ Cargo _____