

ANEXO V

ACUERDO MÉDICO- FAMILIAR DE CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS EN DOMICILIO

Entre el Sr/a _____, DNI _____, en representación del paciente _____, en adelante el "FAMILIAR/REPRESENTANTE"; y el médico tratante _____, DNI _____, en representación de la Institución _____, en lo sucesivo el "MÉDICO" y conjuntamente con el FAMILIAR/ REPRESENTANTE, "LAS PARTES" y considerando:

- Que el MÉDICO ha informado al FAMILIAR/REPRESENTANTE sobre la situación clínica actual del paciente y su pronóstico, que se resume en -----

- Que los objetivos de la internación se hayan cumplidos por lo que LAS PARTES plantean la posibilidad de continuar los cuidados a domicilio, mediante la asignación de módulos de Atención Domiciliaria Integral.
- Que el FAMILIAR/REPRESENTANTE ha podido discutir con el MÉDICO los riesgos inherentes a la condición del paciente y los beneficios de la continuidad de los cuidados en domicilio.

En atención a lo expuesto, las PARTES acuerdan las siguientes CLÁUSULAS:

PRIMERA: Las PARTES convienen la externación del paciente en las condiciones clínicas actuales y la asignación de módulos de Atención Domiciliaria Integral, para la continuidad de los cuidados en domicilio.

SEGUNDA: El FAMILIAR/REPRESENTANTE se compromete a cooperar con las indicaciones y cuidados necesarios para la atención del paciente en su domicilio.

TERCERA: Las PARTES establecen la posibilidad de evaluar la re-internación del paciente junto con la empresa de Atención Domiciliaria Integral de devenirse necesaria atención médica de mayor complejidad, que no pueda brindarse en domicilio.

CUARTA: El FAMILIAR/REPRESENTANTE declara conocer los riesgos y potenciales complicaciones derivados de la condición del paciente y brinda por el presente su conformidad y consentimiento.

En la Ciudad de _____, a los ____ días del mes de _____ de 20__ se firman dos ejemplares del mismo tenor y a un solo efecto.

FAMILIAR/REPRESENTANTE

MÉDICO