

**INTERNACIÓN DOMICILIARIA  
ACUERDO MÉDICO- FAMILIAR/RESPONSABLE**

Entre el/la Sr/a

\_\_\_\_\_  
DNI \_\_\_\_\_, en representación de la  
persona afiliada \_\_\_\_\_, N°  
BENEFICIO \_\_\_\_\_, en adelante el/la  
"FAMILIAR/REPRESENTANTE"; y el/la médico/a  
tratante \_\_\_\_\_, DNI  
\_\_\_\_\_, en lo sucesivo el/la "MÉDICO/A"  
y conjuntamente con el/LA FAMILIAR/  
REPRESENTANTE, "LAS PARTES" y considerando:

Que el/la MÉDICO/A ha informado al/la  
FAMILIAR/REPRESENTANTE sobre la situación  
clínica actual de la persona afiliada y su pronóstico,  
cuyo resumen es el siguiente:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Que LAS PARTES plantean la atención médica en el  
domicilio, mediante la asignación de módulos de  
Internación Domiciliaria.

Que el/la FAMILIAR/REPRESENTANTE ha podido  
discutir con el/la MÉDICO/A los riesgos inherentes a  
la condición de la persona afiliada y los beneficios  
de la atención en domicilio.

Que el/la MÉDICO/A ha informado los objetivos  
médicos y/o de rehabilitación de la persona afiliada,  
así como los plazos máximos de tratamiento por los  
que podrá otorgarse la prestación de Internación  
Domiciliaria.

Que el/la FAMILIAR/REPRESENTANTE acepta las  
condiciones del Instituto respecto a los plazos de

duración de la prestación, que podrán ser de 1 a 6  
meses como máximo para recibir atención de  
Internación Domiciliaria, y sus obligaciones en dar  
respuesta a las auditorías de calidad prestacional  
que se le soliciten.

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

PRIMERA: Las PARTES convienen en las  
condiciones clínicas actuales de la persona afiliada la  
solicitud de módulos de Internación Domiciliaria,  
por un plazo de 1 a 6 meses como máximo, de  
acuerdo al criterio clínico y a su evolución.

SEGUNDA: El/la FAMILIAR/REPRESENTANTE se  
compromete a cooperar con las indicaciones y  
cuidados necesarios para la atención de la persona  
afiliada en su domicilio, así como también con el  
cumplimiento de dar respuesta a las encuestas de  
auditoría que por la prestación recibida se realicen.

TERCERA: Las PARTES establecen la posibilidad de  
evaluar el traslado a II nivel de la persona afiliada  
junto con la empresa de Internación Domiciliaria  
que se asigne de devenirse necesaria atención  
médica de mayor complejidad, que no pueda  
brindarse en domicilio.

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

En la Ciudad de \_\_\_\_\_, a los  
días del mes de \_\_\_\_\_ de 202\_ se firman dos  
ejemplares del mismo tenor y a un solo efecto.