

**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.