

INTERNACIÓN DOMICILIARIA INTEGRAL 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 Integral.

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 Integral.

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 Integral, 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
Integral, 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
Integral 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.