

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.