

### FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ID

#### AFILIADO/FAMILIAR

Al solicitar el servicio debe saber:

- 1) **¿Qué ES LA INTERNACION DOMICILIARIA?**: La internación domiciliaria es una modalidad de atención de salud reglamentada por Resolución N° 704 del Ministerio de Salud Pública de la Nación. Consiste en brindar asistencia al paciente en su domicilio, siempre y cuando se cumplan los siguientes requisitos:
  - a) Que el paciente se encuentre estable. De no ser así, debe estar internado en Sanatorio u Hospital.
  - b) Que el paciente presente una patología que amerite estar internado y cuyo tratamiento pueda ser efectivizado en su domicilio.
  - c) Que el paciente tenga un médico tratante de la patología principal que lo aqueja, distinto al médico internista que brindara el servicio de ID.
  - d) Que el paciente y/o familiar brinden consentimiento escrito para esta modalidad de atención.
  - e) Que existan condiciones habitacionales adecuadas y accesibles, así como una conducta sanitaria familiar con ausencia de problemas obstaculizadores del proceso de tratamiento y recuperación.
  - f) En caso de ser afiliado adherente, no podrá recibir el servicio si cuenta con otra obra social.
  
- 2) **NO ES INTERNACION DOMICILIARIA**
  - a) Consultas médicas a domicilio.
  - b) Cuidador domiciliario.
  - c) Acompañante terapéutico.

#### SOLICITUD DEL SERVICIO Y CONSENTIMIENTO

Por la presente, en carácter de Paciente  Familiar  Cuidador  manifiesto, que he sido suficientemente informado de los alcances del servicio de internación domiciliaria que será brindado por la Empresa----- y solicito el mismo para el afiliado:

Apellido y Nombre -----DNI -----Edad-----

Titular  Adherente  Posee otra obra social SI  NO

Domicilio de ID----- Tel -----

Fecha de solicitud -----/-----/----- Relación/parentesco-----

Firma del solicitante-----Aclaración-----

DNI-----

Contacto: [auditoriamedica@ioscor.gob.ar](mailto:auditoriamedica@ioscor.gob.ar)