



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZACIÓN DE VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL

Calle Larga, \_\_\_\_\_, de 20\_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_

Rut: \_\_\_\_\_, estoy de acuerdo en aceptar la realización de Visita Domiciliaria Integral (VDI), que consiste en una visita en su domicilio, efectuada por integrantes del equipo y que tiene como objetivo:

1. Conocer la situación de salud de usted y su familia.
2. Asegurar una atención continua que responda a sus necesidades reales y fortalecer la relación entre usted, su familia y nuestro CESFAM.

Esta Visita Domiciliaria Integral (VDI) es parte de un plan de acompañamiento que elaboraremos en conjunto, con el fin de seguir potenciando el cuidado de los integrantes del grupo familiar en base a las herramientas que cada uno puede aportar a este proceso. Este plan puede incorporar nuevas Visitas Domiciliarias.

La Visita Domiciliaria Integral, tiene una duración de 1 hora aproximadamente, será ejecutada habitualmente por dos personas del equipo y será confirmada previamente por el equipo de salud, recordándole el día y la hora de la visita acordada.

Es importante que Ud. Sepa que:

- Las acciones que se realicen durante la visita serán con su previo consentimiento.
- Las preguntas se harán siempre pensando en favorecer el bienestar suyo y de su familia.
- Tiene derecho a contestar y a hacer preguntas si hay algo que no le queda claro.
- La información allí entregada es confidencial en los términos establecidos por las normativas vigentes.
- Puede rechazar la visita y por esta razón no perderá ninguna de las otras prestaciones a las que tiene derecho, para la atención de usted y su familia.

En caso de no autorizar la realización de visita en su domicilio, firme aquí asumiendo las implicancias de ello para mi salud \_\_\_\_\_

El motivo por el cual no acepto es: \_\_\_\_\_

Nombre y Firma Usuario/a o Representante Legal

Nombre y Firma Profesional a Cargo



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZACIÓN DE VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL

Calle Larga, \_\_\_\_\_, de 20\_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_

Rut: \_\_\_\_\_, estoy de acuerdo en aceptar la realización de Visita Domiciliaria Integral (VDI), que consiste en una visita en su domicilio, efectuada por integrantes del equipo y que tiene como objetivo:

1. Conocer la situación de salud de usted y su familia.
2. Asegurar una atención continua que responda a sus necesidades reales y fortalecer la relación entre usted, su familia y nuestro CESFAM.

Esta Visita Domiciliaria Integral (VDI) es parte de un plan de acompañamiento que elaboraremos en conjunto, con el fin de seguir potenciando el cuidado de los integrantes del grupo familiar en base a las herramientas que cada uno puede aportar a este proceso. Este plan puede incorporar nuevas Visitas Domiciliarias.

La Visita Domiciliaria Integral, tiene una duración de 1 hora aproximadamente, será ejecutada habitualmente por dos personas del equipo y será confirmada previamente por el equipo de salud, recordándole el día y la hora de la visita acordada.

Es importante que Ud. Sepa que:

- Las acciones que se realicen durante la visita serán con su previo consentimiento.
- Las preguntas se harán siempre pensando en favorecer el bienestar suyo y de su familia.
- Tiene derecho a contestar y a hacer preguntas si hay algo que no le queda claro.
- La información allí entregada es confidencial en los términos establecidos por las normativas vigentes.
- Puede rechazar la visita y por esta razón no perderá ninguna de las otras prestaciones a las que tiene derecho, para la atención de usted y su familia.

En caso de no autorizar la realización de visita en su domicilio, firme aquí asumiendo las implicancias de ello para mi salud \_\_\_\_\_

El motivo por el cual no acepto es: \_\_\_\_\_

Nombre y Firma Usuario/a o Representante Legal

Nombre y Firma Profesional a Cargo