



FORMATO

VERSION: 1

CODIGO: F-SI-AU-007

ACTA DE COMPROMISO DE LA FAMILIA Y/O ACUDIENTE CON EL PACIENTE

FECHA: 12/05/2021

IDENTIFICACION

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	N° de Historia
Edad:	Fecha:	Hora:		

En el ingreso al servicio de hospitalización de la Empresa Social del Estado Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá, como integrante de la red de apoyo familiar me comprometo a que durante el tiempo de la hospitalización:

1. Participar activamente en las psicoterapias grupales y/o familiares que contribuyan al proceso de tratamiento y rehabilitación de la condición en salud mental.
2. Recibir comunicación vía telefónica por parte del Médico tratante, Profesional de Enfermería y Trabajo Social para conocer el estado de salud del paciente, solución de necesidades básicas y toma de decisiones administrativas en caso de requerirse.
3. Los elementos que debe traer para el proceso de Internación constan de: dos sudaderas sin cremallera, botones, cordones y/o accesorios cortopunzantes, pijama, chancas, elementos de aseo (toalla, jabón, papel higiénico, crema dental, toalla), dos tapabocas de tela, ropa interior (calzoncillo, pantis, medias, brasier), un saco.
4. Visitar al paciente en los horarios establecidos por la institución y dando cumplimiento al protocolo de visitas, fecha y hora será informado por el trabajador social.
5. No debe enviar y/o traer en el momento de la visita: alimentos perecederos, elementos, medicamentos que no sean autorizados por la institución.

En el egreso del servicio:

1. Realizar el copago que genera la prestación de servicios.
2. Reclamar y administrar medicamentos según indicaciones médicas en su EPS.
3. Asistir a la consulta de control, después de la hospitalización y a las terapias ordenadas por el médico previa autorización de su EPS.

Firma familiar/ acudiente: _____ Firma funcionario: _____

Nombre: _____ Nombre: _____

Parentesco: _____ Cargo: _____

CC: _____

Dirección: _____

Celular: _____

Celular: _____