RESOLUCION DE GERENCIA GENERAL N° 1445 -GG-ESSALUD-2013

Lima, 14 de noviembre del 2013

VISTOS:

La Carta N°10008GCPS-ESSALUD-2008 de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, mediante la cual propone la Directiva de Terapia Respiratoria a Domicilio, y el Informe Técnico N° 21-GPH-GCPS-ESSALUD-2013; y,

CONSIDERANDO:

Que, el numeral 1.1 del artículo 1° de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud, modificado por la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, establece que ESSALUD es una Entidad Administradora de Fondos Intangibles de la Seguridad Social, adscrito al Sector Trabajo y Promoción del Empleo, con autonomía técnica, administrativa, económica, financiera, presupuestal y contable;

Que, el literal e) del artículo 2° de la Ley N° 27056 establece como función de ESSALUD formular y aprobar sus reglamentos internos, así como otras normas que le permitan ofrecer sus servicios de manera ética, eficiente y competitiva;

Que, de conformidad con el literal a) del artículo 4° del Reglamento de Organización y Funciones de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, aprobado por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 366-PE-ESSALUD-2010, dicha Gerencia Central tiene como función, entre otras, formular y proponer a la Gerencia General los lineamientos de política, objetivos, estrategias, planes y programas de las prestaciones de salud a ser ejecutadas por las Redes Asistenciales, INCOR, Centro Nacional de Salud Renal, y la Gerencia de Oferta Flexible;

Que, en la conclusión c) del Informe Técnico N° 21-GPH-GCPS-ESSALUD-2013 la Gerencia de Prestaciones Hospitalarias de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud indica que, las terapias respiratorias a domicilio suponen un considerable incremento de la calidad de vida y satisfacción del paciente y reduce notablemente el costo por usuario y día, al permitir un mejor estilo de vida y evita hospitalizaciones innecesarias;

Que, conforme a lo señalado por la Gerencia Central de Prestaciones de Salud en la Carta de Vista, resulta conveniente implementar la modalidad terapéutica denominada Terapia Respiratoria Domiciliaria, para disminuir el riesgo de comorbilidades en los pacientes que requieren de terapia respiratoria crónica, condicionado por la hospitalización prolongada en un área crítica;

Que, en ese contexto, la Gerencia Central de Prestaciones de Salud remite un proyecto de Directiva de Terapia Respiratoria a Domicilio con el concurso de un equipo de trabajo multidisciplinario;

150-2013-054

RESOLUCION DE GERENCIA GENERAL N° 1445 -GG-ESSALUD-2013

Con las visaciones de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, de la Gerencia Central de Logística, de la Gerencia Central de Infraestructura, de la Gerencia Central de Finanzas y de la Oficina Central de Asesoría Jurídica;

Estando de acuerdo a lo propuesto y en uso de las facultades conferidas;

SE RESUELVE:

1. **APROBAR** la Directiva N° 017 -GG-ESSALUD-20013 denominada "Directiva de Terapia Respiratoria a Domicilio" que forma parte de la presente Resolución.

2. **DISPONER** que la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, la Gerencia Central de Logística y la Gerencia Central de Finanzas realicen las acciones necesarias para la implementación de lo señalado en la presente Resolución según el ámbito de sus competencias.

3. **ENCARGAR** a la Gerencia Central de Prestaciones de Salud la difusión de la presente Resolución.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE

Ing. RAMON HUAPAYA RAYGADA
GERENTE GENERAL
ESSALUD

EsSalud
Seguridad Social para todos

DIRECTIVA N° 017-GG-ESSALUD -2013

TERAPIA RESPIRATORIA A DOMICILIO

I. OBJETIVO

Normar el otorgamiento de la prestación de Terapia Respiratoria a Domicilio a los asegurados con derecho a esta prestación, reinsertándolos a su vida familiar, logrando mejorar su calidad de vida y de sus familiares, disminuyendo los costos adversos de hospitalizaciones no programadas, morbilidad y mortalidad, buscando optimizar recursos del sistema de salud, al recibir su tratamiento de forma ambulatoria, con un alto rendimiento costo/ efectividad en iguales característica y riesgo que son iguales a los que están expuesto al estar hospitalizado.

II. FINALIDAD

Estandarizar los procesos y procedimientos administrativo-asistenciales para el otorgamiento de la Terapia Respiratoria a Domicilio de manera oportuna y acorde a la necesidad del paciente.

III. BASE LEGAL

- Ley N° 26790 Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.
- Reglamento de la Ley N° 26790 D.S. N° 009-97-SA.
- Modificatoria del D.S. N° 009-97 S.A. D.S. N° 001-98-S.A.
- Ley General de Salud N° 26842
- Ley N° 27056 Ley de Creación del Seguro Social de salud (EsSalud)
- Decreto Supremo N° 002-99-TR Reglamento de la Ley N° 27056
- Resolución de Gerencia Central de Salud N° 026-GCS-EsSalud-2001 que aprueba el "Programa Nacional de Terapia Respiratoria"
- Resolución de Gerencia General N° 1455-GG-EsSalud-2007, que aprueba la Directiva N° 014-GG-EsSalud-2007, "Norma Marco para la Formulación, Aprobación y Actualización de Documentos Técnicos, Normativos y de Gestión en EsSalud".
- Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 012-PE-EsSalud-2007 de fecha 10 de enero del 2007, aprobó la Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones de EsSalud.
- Resolución de Gerencia General N° 1502-GG-EsSalud-2011, que aprueba la Directiva N° 25-GG-ESSALUD-2011, "Normas para la Administración de los Bienes Patrimoniales Muebles de Propiedad de EsSalud"
- Ley N° 29414 Establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de salud.
- Ley N° 29973 Ley General de la Persona con Discapacidad
- Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 070- GCPS-ESSSALUD-2007.

IV. ALCANCES

Hospitales III, IV, Nacionales e Institutos a nivel nacional.

V. RESPONSABILIDAD

Gerente Central de Aseguramiento
Gerente Central de Prestaciones de Salud
Gerente de Prestaciones Hospitalarias
Gerente Central de Logística
Jede de Oficina Central de Planificación y Desarrollo
Gerente de Patrimonio y Servicios
Gerente Central de Finanzas
Gerente de Presupuesto
Gerente / Director de Red Asistencial
Gerente / Director de Centro Asistencial

VI CONCEPTOS DE REFERENCIA

VI.1.0 Técnicas de terapia respiratoria a domicilio: A efectos que esta regulación se entienda, por lo siguiente:

VI.1.1 Oxigenoterapia crónica a domicilio: Administración de oxígeno en el domicilio a pacientes estables en situación de insuficiencia oxigenatoria crónica.

VI.1.2 Ventilación mecánica a domicilio: Técnica destinada al tratamiento domiciliario de la insuficiencia respiratoria crónica en pacientes estables que requieren soporte ventilatorio parcial o total.

VI.1.3 Tratamiento ventilatorio del síndrome de apnea del sueño a domicilio: Es el suministro de aire, a presión continua positiva prefijada, durante el sueño y en su domicilio a pacientes con este síndrome.

VI.1.4 Fisioterapia respiratoria: Técnica (Higiene bronquial y expansión torácica) destinada al diagnóstico y tratamiento domiciliario de la insuficiencia respiratoria crónica en pacientes estables que requieren soporte ventilatorio parcial o total en la conservación de su fisiología respiratoria.

VI.1.5 Aerosolterapia: Es la administración de fármacos por vía inhalatoria mediante el uso de aerosoles, entendiendo por aerosol una suspensión de partículas finísimas sólidas o líquidas en un gas. No se consideran incluidos en esta prestación los aerosoles y cámaras espaciadoras de inhalación regulados como prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud.

VI.2.0 Activo fijo: Incluye propiedades o derechos que en el curso normal de los negocios no están destinados a la venta, sino que representan la inversión de capital o patrimonio de una entidad para usarlas de modo permanente o

semi-permanente en la producción de artículos para la venta o la prestación de servicios a la propia entidad, a su clientela o al público en general.

VI.3.0 Área usuaria o usuario final: Es la Dependencia de la Sede Central, Red Asistencial, Instituto, Centro Especializado o Unidad Prestadora de Servicios que por Reglamento de Organización y Funciones tiene la posibilidad de administrar, controlar y mantener la Infraestructura asistencial y no asistencial a su cargo.

VI.4.0 Préstamo en operación: Es la acción formal mediante la cual EsSalud entrega al usuario – paciente, para el otorgamiento de la prestación de Terapia Respiratoria a Domicilio gratuitamente una especie mueble o raíz, para que haga uso de ella, y con cargo de restituir la misma especie después de terminar el uso sin costo alguno.

VII DISPOSICIONES GENERALES:

VII.1 La prescripción de las técnicas de Terapia Respiratoria a Domicilio la realiza el médico especialista de las Unidades de Terapia Respiratoria o los que hagan sus veces de acuerdo a lo establecido en los Protocolos de Terapia Respiratoria No invasiva o Invasiva y/o Guías de Práctica Clínica según corresponda y así mismo es el encargado de recabar la carta de aceptación del paciente. Precisando que al momento de la prescripción y aceptación de los riesgos inherentes a la Terapia Respiratoria a Domicilio son iguales.

VII.2 Los criterios para la prescripción o indicación de la Terapia Respiratoria a Domicilio se consignan en el **Anexo I.**

VII.3 La prescripción del médico especialista de las Unidades de Terapia Respiratoria es valida la legibilidad realizada previamente por una Junta Médica conformada por tres médicos especialistas: El que maneja la enfermedad de fondo, el médico certificado en Terapia Respiratoria y el médico intensivista que determina la estabilidad y el pronóstico de sobrevida del paciente, mediante un informe y dictamen de Junta Médica.

La Junta Médica es convocada para la indicación de tratamiento ambulatorio en domicilio de acuerdo al **Anexo I.**

VII.4 Los componentes de la prestación y equipamiento incluyen lo mínimo necesario según, corresponda el caso (prescripción). Asimismo, la operación y funcionamiento del equipamiento de uso exclusivo, y es utilizado por EsSalud, de ser el servicio extra institucional la entidad prestadora deberá estar acreditada ante el Ministerio de Salud, su Recurso Humano debe contar con la certificación académica por entidad reconocida por el Ministerio de Salud y así mismo el equipamiento contara con Registro Sanitario Vigente, representación local de la marca del equipo y/o equipos ofrecido; que garantice su máxima seguridad, mínimo riesgo en el mantenimiento preventivo de su operatividad, debiendo contar con los equipos médicos igual de soporte de Terapia Respiratoria durante el mantenimiento.

VII.5 Se debe contar con la autorización del Área Usuaria - Asistencial, para el **uso del equipamiento,** precisando que el **paciente o familiar/ representante** del mismo no es el autorizado para su operación o manejo, o

personal no autorizado previamente de manera expresa por el que presta el servicio directamente de ser el servicio extra institucional.

En caso de EMERGENCIA la asistencia será brindada prioritariamente por el Sistema de Transporte Asistido de Emergencia (**STAE)** de EsSalud.

VII.6 Equipamiento que debe incluir según prescripción:

De uso no exclusivo por personal de salud

VII.6.1 Concentrador de Oxígeno
VII.6.2 Oxímetro de Pulso
VII.6.3 Aspirador de secreciones
VII.6.4 Cama Clínica mecánica de tres posiciones, exclusivo para el paciente en Ventilación Mecánica a Domicilio
VII.6.5 Bomba de Infusión de dos canales

De uso exclusivo por personal de salud

VII.6.5 Monitor de Apnea
VII.6.6 Movilizador de Secreciones (asistente de la tos)
VII.6.7 Sistema CPAP- BiPAP
VII.6.8 **Ventilador Mecánico:**

Características mínimas:

Pediátrico - Adulto, con batería, compresor incorporado de turbina, FIO2 de 21% a 100%, Sensor de Flujo Proximal, ventilación por volumen y presión con los modos Invasivo y no invasivo, modos asistido/controlada, SIMV – CPAP, ventilación no invasiva e invasiva, sensibilidad por flujo, que monitorice los parámetros básicos en tiempo real: Volumen, Presión, Frecuencia Respiratoria, Presión Media y Sistema de Ahorro de Oxígeno

VII.7 Suministro de Material Médico:

VII.7.1 Filtros respiratorios
VII.7.2 Corrugados
VII.7.3 Sondas de aspiración circuito cerrado
VII.7.4 Guantes estériles y no estériles
VII.7.5 Gasas en cantidad suficiente
VII.7.6 Ventilador manual
VII.7.7 Cánulas de traqueotomía

VII.8 Recurso Humano para la Prestación Asistencial:

VII.8.1 Atención del Médico Especialista con certificación en Terapia Respiratoria
VII.8.2 Terapista Respiratorio
VII.8.3 Terapista Físico.
VII.8.4 Psicólogo
VII.8.5 Trabajador(a) Social
VII.8.6 Atención especializada según se requiera en función de la enfermedad (es) de fondo con los profesionales de la salud que fueran necesarios.

VII.9 Medicación según prescripción especializada.

VII.10 Los lineamientos generales del programa de tratamiento se consignan los criterios **Anexos I y II.**

VII.11 Los procesos del programa de Terapia Respiratoria se consignan en el **Anexo III** (ODC – Familia) y **Anexo IV** (Solicitud)

VII.12 La supervisión de la operatividad y de la gestión del cumplimiento del programa de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos indicados en el numeral VII.6, está a cargo de las Oficinas de Ingeniería Hospitalaria y Servicios, o las que hagan sus veces en los Órganos Desconcentrados.

VIII DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

DE LA ATENCIÓN DE LA TERAPIA RESPIRATORIA A DOMICILIO

VIII.1 Se inicia la Atención de Terapia Respiratoria a Domicilio de acuerdo a los, **Anexos IV y V.** De aplicar continuará el procedimiento con los **Anexos VI, VII y VIII,** Protocolos de Terapia Respiratoria: Ventilación Mecánica y/o las Guías de Practica Clínica

VIII.2 Los profesionales y equipo técnico del Centro Asistencial realiza las visitas de seguimiento que estime convenientes al domicilio del paciente de acuerdo a un programa de estructurado previamente.

VIII.3 Evaluación y evolución del paciente luego de su implementación en Domicilio, en las primeras semanas:

VIII.3.1 **<u>En Oxigenoterapia Domiciliaria.-</u>**

- **Primera semana.-**
  - Detección precoz de Infección Nosocomial
  - Determinación de Condiciones Previas Físicas Básicas:
    - Facilidad en comunicación
    - Posibilidad deambulación
    - Escaras

- **Segunda semana.-**
  - Aseguramiento de PO2 ≥ 60 mmHg y/o SatO2 ≥ 92%

- **Tercera semana y sucesivos.-**
  - Conservar o mejorar el nivel de oxigeno arterial
  - Mejorar la comunicación
  - Mejorar deambulación y
  - Evitar complicaciones orgánicas adicionales

VIII.3.2 **<u>En Ventiloterapia Domiciliaria.-</u>**

- **Primera semana.-**
  - Detección precoz de Infección Nosocomial
  - Determinación de Condiciones Previas Físicas Básicas:
    - Facilidad en comunicación
    - Posibilidad de deambulación

- **Segunda semana.-**
  - Aseguramiento de los simulacros de Urgencia.
  - En caso de falla de fluido eléctrico
    - En caso de falla del ventilador
    - En caso de falla de oxigenación
    - En caso de falla en vía aérea.

- **Tercera semana.-**
  - Aseguramiento del Nivel Ventilatorio Adecuado.-
    - Mecánica Ventilatoria del paciente estable y adecuada
    - Nivel capnográfico menor que el basal (+ 10%)
    - Higiene bronquial efectiva

- **Cuarta semana.-**
  - Determinación de Progresión de la Enfermedad de Fondo Comunicar por escrito al Centro Asistencial.

- **Segundo mes y meses sucesivos.-**
  - Aseguramiento del Nivel Ventilatorio Adecuado y
  - Mejorar la comunicación
  - Mejorar deambulación y
  - Evitar complicaciones orgánicas adicionales

VIII.3.3 **<u>En Tratamiento ventilatorio del síndrome de apnea del sueño a domicilio.-</u>**

- **Primera semana.-**
  - Detección precoz de Infección Nosocomial
  - Determinación de Condiciones Previas Físicas Básicas:
    - Facilidad en comunicación
    - Facilidad de deambulación
    - Poligrafía Satisfactoria en domicilio

- **Segundo mes y sucesivos.-**
  - Aseguramiento del Nivel Ventilatorio Adecuado y
  - Evitar complicaciones orgánicas adicionales

- **Segundo año y sucesivos.-**
  - Estudios polisomnograficos favorables

VIII.3.4 **<u>En Fisioterapia Domiciliaria .-</u>**

- **Primera semana.-**
  - Detección precoz de Infección Nosocomial
  - Determinación de Condiciones Previas Físicas Básicas:
    - Facilidad en comunicación
    - Posibilidad de deambulación
    - Secreciones Bronquiales
    - Expansión torácica

- **Segunda semana.-**
  - Aseguramiento de Higiene Bronquial ≤ 1-2 cc/Kg de peso
  - Aseguramiento de Expansión Toráxica ≥ 5-6 cc/Kg de peso

- **Tercera semana y sucesivos.-**
  - Conservar o mejorar la expansión Toráxica y
  - Conservar o mejorar el nivel de secreciones bronquiales
  - Evitar complicaciones orgánicas adicionales

DE LA ADQUISICIÓN Y CONTROL PATRIMONIAL DEL EQUIPAMIENTO

VIII.4 El requerimiento debe ser realizado por el área usuaria en coordinación con la Unidad de Terapia Respiratoria o área que haga de sus veces, para los fines de la presente norma, es el servicio asistencial de origen del paciente.

VIII.5 El requerimiento se constituye por medio de un expediente que parte de una solicitud del paciente o representante legal y anexa en coordinación con el servicio los siguientes documentos:

VIII.5.1 Formato de prescripción, avalado por el jefe de Servicio
VIII.5.2 Informe y dictamen de Junta Médica
VIII.5.3 Formato de Consentimiento Informado y documento de exoneración de responsabilidades.
VIII.5.4 Informe de visita domiciliaria, con opinión favorable.
VIII.5.5 Estudio Social y Psicológico
VIII.5.6 Especificaciones técnicas del equipamiento y accesorios
VIII.5.7 Estimaciones respecto a los insumos (material medico, medicamentos)
VIII.5.8 Plan de Mantenimiento Preventivo – Correctivo.

VIII.6 El requerimiento suscrito por el Jefe de Servicio remitido al Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos en el caso de los Hospitales III; en el caso de los Hospitales IV Nacionales e Institutos, el requerimiento suscrito por el Jefe de Servicio, Refrendado por el Jefe de la Unidad de Terapia Respiratoria y es visado por el Jefe de Departamento se remite a la Gerencia Clínica.

VIII.7 El Jefe del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos, en el caso de los Hospitales III, evalúa el expediente y lo autoriza; con su conformidad se eleva a la Dirección del hospital con la recomendación de iniciar el trámite de adquisición.

VIII.8 En el caso de los Hospitales IV, Nacionales e Institutos, el requerimiento es suscrito por el Jefe de Servicio, Refrendado por el Jefe de la Unidad de Terapia Respiratoria y es visado por Jefe de Departamento es remitido a la Gerencia Clínica, la que lo canaliza hacia la Oficina de Administración, la misma que procede de acuerdo a lo señalado en los numerales VIII.1.6 a VIII.1.10.

VIII.9 El Gerente de la Red Asistencial deriva a la Gerencia Central de Prestaciones de Salud para conformidad y continuar su proceso en la Oficina Central de Planificación y Desarrollo a fin que la instancia competente aplique los criterios para determinación de la adquisición.

VIII.10 El procedimiento de autorización para asignación presupuestaria correspondiente es el establecido por la Gerencia Central de Finanzas en el ámbito de sus competencias.

VIII.11 El procedimiento para la adquisición, garantía y patrimonio del equipamiento para estas prestaciones es establecido por la Gerencia Central de Logística en el ámbito de sus competencias.

VIII.12 Adquirido el bien, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, es ingresado al patrimonio del Centro Asistencial correspondiente.

VIII.13 El Centro Asistencial solicita a la Sub Gerencia de Patrimonio la inclusión de los equipos adquiridos en la póliza patrimonial correspondiente.

VIII.14 El Responsable del Centro Asistencial hace entrega del equipo al familiar responsable del paciente bajo la modalidad de préstamo en uso por tiempo indefinido formalizado a través del documento correspondiente **Anexo VI y VII**, en el cual consta que continua siendo el equipo otorgado patrimonio de la Institución (EsSalud) y da las disposiciones para la realización y ejecución del plan de mantenimiento de acuerdo a lo establecido en la disposición precedente.

VIII.15 El familiar suscribe el compromiso de cuidado del equipo **(Anexo VI)** con la aceptación de las acciones necesarias para el mantenimiento preventivo y correctivo, y devolución del equipo una vez que ya no se requiera.

VIII.16 El Centro Asistencial realiza las visitas de seguimiento que estime convenientes de acuerdo a un programa de mantenimiento del equipo (normatividad institucional) y así mismo el control del material medico a cargo de las áreas competentes.

VIII.17 El mal uso del equipo por el usuario o personal no autorizado es de responsabilidad y corresponde su resarcimiento total o parcial al usuario (paciente – representante legal - familiar)

DE LA ASIGNACIÓN, SALIDA Y RETORNO DEL EQUIPAMIENTO

VIII.18 Estando a lo dispuesto en el numeral 7.1.5.1 de la **Directiva N° 25-GG-ESSALUD-2011, "Normas para la Administración de los Bienes Patrimoniales Muebles de Propiedad de ESSALUD",** el equipamiento establecido para estas prestaciones, en los centros asistenciales, se asigna al Jefe de Servicio (Jefe de Unidad ó de División, encargado o coordinador del establecimiento),

VIII.19 El Jefe de Servicio (Jefe de Unidad ó de División, encargado o coordinador del establecimiento) autoriza la salida del bien a través de la suscripción del Formulario Único Patrimonial (FUP), documento que con el visado por el Coordinador de Patrimonio de la Red Asistencial u Órgano Desconcentrado, quien conserva una copia de dicho documento en el archivo correspondiente, conjuntamente con copia de la Solicitud de Terapia Respiratoria a Domicilio **(Anexo IV)** debidamente autorizada, y el informe de Junta Médica.

VIII.20 Al retorno del equipo, se deja constancia de ello en el FUP de salida del bien, que obra en los archivos de la Coordinación de Patrimonio, dejando copia del documento denominado Retorno de Equipamiento de Terapia Respiratoria Domicilio **(Anexo VIII),** a efectos de dar por concluido el trámite.

VIII.21 El funcionario y/o servidor responsable del Centro Asistencial, lleva un control pormenorizado y periódico del estado, ubicación y existencia física del bien durante el período de Asignación.

VIII.22 La Gerencia Central de Prestaciones de Salud, dispone las acciones que correspondan para ejercer el control, del paciente y del equipamiento.

VIII.23 El bien asignado está bajo la cobertura de las pólizas patrimoniales contratadas por la Institución en tanto se encuentre, bajo la administración de EsSalud.

VIII.24 La Oficina de Ingeniería Hospitalaria y Servicios o las que hagan sus veces en los Órganos Desconcentrados, realizan supervisión inopinada para garantizar la correcta administración y buen uso de los bienes según ámbitos de competencia.

IX DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

IX.1 La actualización de los requisitos, criterios y situaciones clínicas para la indicación de las prestaciones reguladas por la presente Directiva se llevará a cabo por Gerencia Central de Prestaciones de Salud.

IX.2 La Gerencia Central de Prestaciones de Salud dicta las normas complementarias para la aplicación de la presente directiva.

IX.3 En el plazo de tres meses desde la aprobación de la presente Directiva, las Redes Asistenciales en las que se prestan las técnicas de Terapia Respiratoria se adaptaran a lo previsto en esta norma.

IX.4 La Terapia Respiratoria a Domicilio puede ser otorgada por servicios extrainstitucional de manera Parcial o Total cumpliendo los requisitos previstos en los numerales; **VII.4, VII.5, VII.6, VII.7, VII.8 y Anexo II.**

IX.5 La Red Asistencial designa al Programa de Atención Domiciliaria Hospitalario o el que haga de sus veces lo siguiente: Registro, Control y Seguimiento de los pacientes e insumos de Terapia Respiratoria.

EsSalud
Seguridad Social para todos

ANEXO I

Criterios

Para la indicación de las técnicas de terapia respiratoria a domicilio

a. Situación clínica estable (excepto en algunos casos de aerosolterapia).
b. Aceptación del tratamiento por parte del paciente y/o familia.
c. Instauración del tratamiento médico asociado completo y correcto.
d. Cumplimiento por parte de los pacientes de las medidas higiénico-sanitarias necesarias en cada caso (tales como supresión del hábito tabáquico y control de la ingesta de alcohol, y otras que se recomienden en cada caso en sus respectivos ámbitos de gestión y competencias).
e. Valoración periódica del tratamiento y control del cumplimiento de la prescripción.
f. Infraestructura domiciliaria adecuada aprobada por el equipo interdisciplinario (médico, enfermera, psicóloga y trabajadora social)
g. Elección adecuada de la fuente de suministro que garantice el tratamiento correcto.

GERENCIA DE PRESTACIONES HOSPITALARIAS Y SCS V°B° Dr. L. LOPEZ L. Gerente ESSALUD

GERENCIA DE PATRIMONIO Y SERVICIOS GCA V°B° M. MAGUIÑA M. Gerente (e) ESSALUD

GERENCIA CENTRAL DE FINANZAS V°B° M. LA ROSA Gerente Central ESSALUD

EsSalud
Seguridad Social para todos

ANEXO II

Situaciones clínicas y criterios para la indicación de técnicas de Terapia Respiratoria a Domicilio

1. Oxigenoterapia:

1.1. Situaciones clínicas:

1.1.1. Pacientes con insuficiencia respiratoria crónica que presentan alguno de los siguientes criterios clínicos y gasométricos:

a) Pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) estable u otras patologías causantes de hipoxemia crónica con una PaO2 inferior a 55 mmHg respirando aire ambiente.

b) Pacientes con EPOC estable u otras patologías causantes de hipoxemia crónica y con una PaO2 entre 55 y 60 mmHg que presentan alguna de estas circunstancias:
- Hipertensión arterial pulmonar
- Poliglobulia con hematocrito superior al 55 por ciento.
- Cor pulmonale crónico
- Trastornos del ritmo cardíaco

1.1.2. Excepcionalmente, tratamiento de la disnea en pacientes terminales.

1.2. Criterios:

1.2.1. La indicación de oxigenoterapia domiciliaria no se considerará definitiva hasta al menos tres meses de tratamiento. Se comprobará que el flujo de oxígeno indicado sea el mínimo capaz de corregir la hipoxemia, es decir, conseguir que la PO2 sea superior a 60 mmHg o que la SaO2 sea superior a 92-93%.

1.2.2. El tiempo diario de tratamiento será superior a 15 horas al día.

1.2.3. La indicación de oxigenoterapia mediante el uso de fuentes de oxígeno líquido, se realizará únicamente en las siguientes circunstancias:

a) En pacientes que puedan desarrollar una actividad laboral o con capacidad de de ambulación que no puedan prescindir del suministro de oxígeno. Su eficacia se comprobará mediante la mejoría de la tolerancia al esfuerzo con la prueba de 6 minutos de marcha con oxígeno portátil.

b) Cuando se requieran flujos de oxígeno superiores a 5 litros por minuto.

2. **Ventilación mecánica:** Pacientes con insuficiencia respiratoria crónica en fase estable que presentan alguna de las situaciones clínicas siguientes y alguno de los siguientes criterios:

2.1. Situaciones clínicas:

a) Síndromes de hipoventilación central.
b) Enfermedades neuromusculares con afectación respiratoria.
c) Enfermedades restrictivas de la caja torácica.
d) Excepcionalmente en EPOC o bronquiectasias según el protocolo que se establezca por cada Servicio de EsSalud.

2.2. Criterios:

a) Pacientes estables que presentan hipercapnia crónica: PaCO2 superior a 45 mmHg.
b) Pacientes ingresados por insuficiencia respiratoria aguda hipercápnica con antecedentes de episodios previos de insuficiencia respiratoria aguda con hipercapnia: PaCO2 superior a 45 mmHg.
c) Pacientes que tras un periodo de insuficiencia respiratoria aguda, dependientemente de la enfermedad de base, no pueden prescindir del soporte ventilatorio y deben permanecer en la UCI, mayor de 21 días en pacientes crónicos con enfermedad progresiva.
d) Pacientes con hipoventilación nocturna severa una vez que ésta se comprueba tras realizar un estudio gasométrico.

3. Síndrome de apnea del sueño:

3.1. El tratamiento ventilatorio está indicado en pacientes con hipersomnia diurna limitante de las actividades o factores de riesgo asociados: patología cardiovascular y/o cerebrovascular o enfermedad con insuficiencia respiratoria y que además presentan una de las dos situaciones siguientes:

a) Índice de apneas/hipopneas mayor o igual a 30
b) Índice de apneas/hipopneas menor a 30. En este caso la terapia ventilatoria se indicará con carácter provisional debiéndose valorar la respuesta a los tres meses para la instauración del tratamiento definitivo.

3.2. El tiempo diario de tratamiento será como mínimo de cuatro horas.

4. Fisioterapia Respiratoria: Está indicada en pacientes con:

a) Enfermedad Neuromuscular
b) Enfermedad Pulmonar Crónica
c) Trasplante de pulmón.
d) Trasplante de hepático.

5. Aerosolterapia: Está indicada en pacientes con:

a) Fibrosis Quística.
b) Trasplante de pulmón.

c) Profilaxis de infecciones parasitarias en pacientes inmunodeprimidos que no toleran el trimetoprim-sulfametoxazol.
d) Bronquiectasias con infección bacteriana crónica en los que no ha dado resultado el tratamiento antibiótico por vía oral.
e) Excepcionalmente, en pacientes afectos de asma grave persistente, hiperactividad
f) Excepcionalmente, en pacientes afectos de asma grave persistente, hiperreactividad bronquial o displasia broncopulmonar incapaces de utilizar las cámaras espaciadoras de inhalación.







EsSalud
Seguridad Social para todos

ANEXO III

Procedimiento, Responsable, Servicio y RRHH Administrativos/ Asistenciales en la Prestación de Terapia Respiratoria a Domicilio

SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSALUD				
ITEM	**PROCEDIMIENTO**	**RESPONSABLE**	**SERVICIO**	**RRHH**
1	Identificación de Domicilio	ODC	Social	Asistenta Social
2	Identificación de familiar enlace	ODC	Unidad de Terapia Respiratoria	Medico
3	Programa de entrenamiento, del paciente y familia o cuidadores.	ODC	Unidad de Terapia Respiratoria	Medico
4	Adecuación del entorno donde va a permanecer el paciente.	ODC	Unidad de Terapia Respiratoria	Medico Terapista Respiratorio
5	Seguimiento Profesionales Periódicos	ODC	Programa de Atención Domiciliaria Hospitalario Unidad de Terapia Respiratoria	Medico (s) Terapista Respiratorio
6	Adquisición y atención técnica del equipamiento necesario.	ODC	Oficina de Recursos Médicos	Oficina de Administración ODC
7	Sistema de provisión de material fungible	ODC	Oficina de Recursos Médicos	Oficina de Administración ODC
8	Servicio de Urgencias y Emergencias	ODC	Gerencia de Operaciones	CRUE - STAE
9	Seguimiento de Pacientes por Terapia Respiratoria.	ODC	Unidad de Terapia Respiratoria	Medico Terapista Respiratorio
10	Adquisición, atención técnica del equipamiento (mantenimiento) necesario y Patrimonio	ODC	Oficina de Administración	Oficina de Administración (Ingeniería)
PACIENTE ASEGURADO				
11	Carta de Aceptación	Paciente – Familiar Responsable – Medico.	UNIDAD DE TERAPIA RESPIRATORIA UCI UCIN OFICINA DE ASESORIA JURIDICA	Medico, Paciente / Familiar Responsable
12	Cuidados y Atención	Familiar	Domicilio	Familiar
13	Firma de Acta Compromiso de Custodia, Cuidado y devolución de equipamiento **(notarial)**	Familiar	Domicilio	Familiar

EsSalud
Seguridad Social para todos

ANEXO IV

MODELO DE CARTA DE LOS FAMILIARES SOLICITANDO TERAPIA RESPIRATORIA A DOMICILIO

Carta N°..... -201...

Lima, de de 201.....

Señor Doctor
Gerente ò Director de la Red Asistencial.....
Presente

ASUNTO: Atención a Paciente con TERAPIA RESPIRATORIA A DOMICILIO

Yo, ..., identificado con DNI N°: ....., me presento ante usted como representante por consanguinidad directa de mi familiar ...., cuyo nombre es: ..... con DNI: ....., internado en la cama N°: ..... del Servicio: ..... del Hospital ..... , de su digna dirección, para solicitar ser considerado candidato en la opción de salud denominado: "Terapia Respiratoria a Domicilio".

Como representante de mi familiar, hemos realizado una reunión familiar el día:..... para analizar la situación y tomar una decisión consensuada más conveniente para mi familiar: .... y mi familia.

La familia que represento, luego de evaluar la situación familiar frente a la enfermedad de mi familiar y consciente de los riesgos establecidos por los médicos de su red hospitalaria y que han sido debidamente registrados en el documento: "Consentimiento Informado" en caso de Terapia Respiratoria a Domicilio; dejamos constancia en el presente documento de la responsabilidad familiar de encargarse de asegurar el cuidado mínimo para mantener la estabilidad de salud de mi familiar en el domicilio y aspirar a ser considerado candidato a la opción de "Terapia Respiratoria a Domicilio" con los siguientes apoyos:

Apoyo del sistema al programa Atención Domiciliaria Hospitalaria en casos de consulta y/o urgencia.

Apoyo logístico de los dispositivos necesarios y recomendados por la Unidad de Terapia Respiratoria de la Red Hospitalaria que usted dirige.

En razón a lo expuesto recurro a su despacho por ser justicia a esta nueva opción terapéutica con reconocimiento internacional, asistiéndome el derecho como asegurado regular.

Atentamente,

EsSalud
Seguridad Social para todos

ANEXO V

INSTRUCTIVO

CARTA DE ACEPTACIÓN PARA PACIENTE Y FAMILIAR
"PROGRAMA DE TERAPIA RESPIRATORIA A DOMICILIO"

Estimados señores:

Por favor, leer atentamente este documento a su solicitud. Se entrega este documento conteniendo la información necesaria para decidir sobre la participación de su paciente en el Programa de Ventilación Mecánica Invasiva o No Invasiva en Domicilio.

Antecedentes Generales:

La Terapia Respiratoria a Domicilio - Ventilación Mecánica Invasiva o No Invasiva en Domicilio ayuda a los pacientes que tienen debilidad de la respiración por diversas enfermedades ya sea musculares, neurológicas, malformaciones de la columna, apneas durante el sueño o enfermedades crónicas del pulmón o vía aérea, cuando esto no puede lograrse con ventilación domiciliaria no invasiva.

EsSalud ha creado un Programa que esta destinado al apoyo necesario más la supervisión de profesionales de la salud de la Unidad de Terapia Respiratoria, que le ayudarán a ustedes a recibir el tratamiento de ventilación mecánica invasiva que su paciente necesita.
Los equipos para Ventilación Mecánica, usados con una cánula de traqueotomía, permiten ayudar a mantener una respiración eficiente.

El objetivo es entregar Ventilación Mecánica Invasiva a través de una traqueostomía en pacientes que tengan enfermedades neurológicas, musculares, cifoescoliosis, enfermedades pulmonares o de la vías respiratorias, intentando mejorar su calidad de vida y evolución clínica aliviando los síntomas respiratorios y logrando que los pacientes permanezcan el mayor tiempo posible en sus hogares junto a su familia; se hospitalicen sólo ocasionalmente por complicaciones.

Si usted y su familia se comprometen a cumplir las indicaciones que el equipo de salud le dé para el tratamiento de pacientes con Ventilación Mecánica Invasiva, nuestro equipo de trabajo se comprometerá a que su paciente recibirá los materiales y dispositivos médicos necesarios.

EsSalud
Seguridad Social para todos

¿Qué situaciones indeseadas pueden suceder: efectos adversos?

El uso de equipos para Ventilación Mecánica Invasiva o No Invasiva puede producir lesiones e infecciones en la vía aérea y pulmón (Infección respiratoria – neumonía – broncoaspiración a repetición - traqueitis.) En el caso de sufrir desconexiones de la traqueostomia, dependiendo de la capacidad de respirar en forma espontánea que el paciente mantenga, puede llevar a una condición denominada hipoventilación o disminución de cantidad de aire que se moviliza con cada respiración produciendo o disminuyendo el contenido de oxigeno (desaturación), disminución de la frecuencia cardiaca (bradicardia) y eventualmente un paro cardiaco y la muerte. Exceso de presión con el consecuente daño al pulmón (barotrauma como consecuencia del uso del ventilador mecánico o por otra causa), Complicaciones de la traqueotomía (Infección del estoma, estenosis traqueal, subglótica, o fístula traqueo esofágica, tejido de granulación; obstrucción de la cánula de traqueotomía). Además de fallas propias del equipo de ventilación mecánica (complicaciones derivadas del sistema mecánico).

El personal deberá estar capacitado para reconocer estas complicaciones y otras situaciones que se aparten de la condición habitual de su paciente.

GERENCIA DE PRESTACIONES HOSPITALARIAS Y SCPS V°B° Dr. L. LOPEZ L. Gerente ESSALUD

¿Que ventaja o beneficio representa para el paciente la participación en este Programa?

Su paciente recibirá los materiales y dispositivos médicos: Humidificadores pasivos, filtros y circuitos ventilatorios para ser utilizados con la Ventilación Mecánica Invasiva en domicilio y participará de un seguimiento personalizado por el equipo de salud.

GERENCIA DE PATRIMONIO Y SERVICIOS V°B° M. MAQUINA M. Gerente (e) ESSALUD

La evaluación de los resultados de este Programa podrán ser presentados en congresos y en publicaciones médicas, en ningún caso se revelará la identidad de los pacientes que se encuentra en dicho tratamiento.

GERENCIA CENTRAL DE FINANZAS V°B° M. LA ROSA Gerente Central ESSALUD

Consultas:

Una vez que haya aceptado su participación podrá contactarse con el encargado de la Unidad de Terapia Respiratoria para preguntas o dudas relacionada con el Programa o los procedimientos del mismo.

Participación voluntaria:

La aceptación de participar en este Programa es enteramente voluntaria. Usted tendrá derecho a que el médico le indique los tratamientos alternativos disponibles.

EsSalud
Seguridad Social para todos

Si usted decide como paciente o su representante en el Programa, se le dará una copia de esta información y se le pedirá que de fe del mismo con su firma y huella dactilar de la aceptación correspondiente.

Si decide no participar, esto no afectará el cuidado y tratamiento de su paciente en el hospital continuando el tratamiento según las indicaciones del equipo tratante donde se encuentre hospitalizado.

GERENCIA DE PRESTACIONES HOSPITALARIAS - GPH
V°B°
Dr. L. LOPEZ L.
Gerente
ESSALUD

GERENCIA DE PATRIMONIO Y SERVICIOS - GPSI
V°B°
M. MAGUIÑA M.
Gerente (e)
ESSALUD

GERENCIA CENTRAL DE FINANZAS
V°B°
M. LA ROSA
Gerente Central
ESSALUD

EsSalud
Seguridad Social para todos

ANEXO VI
SOLICITUD DE TERAPIA RESPIRATORIA DOMICILIO

FECHA DE SOLICITUD: _____ **FOLIOS:** _____

FECHA :		**HORAS DE USO:**	
NOMBRE DEL PACIENTE SOLICITANTE:		**DNI:**	
		S.S.:	
DIAGNOSTICO:			
ESPECIALIDAD:		**CIE 10:**	
TEL/EXT:		**E-MAIL:**	

Que habiendo cumplido con todos los requisitos del **Anexo III** de la **DIRECTIVA N° -GG ESSALUD -2013 TERAPIA RESPIRATORIA A DOMICILIO** solicito tenga a bien disponer a quien corresponda se me brinde el equipamiento y material medico necesario para la continuación del soporte ventilatorio en domicilio, comprometiéndome a no manipularlo.

NOMBRE DEL USUARIO (PACIENTE / FAMILIAR RESPONSABLE) :	**MEDICO TRATANTE :**

GERENCIA DE PATRIMONIO Y SERVICIOS GCL V°B° M. MAGUIÑA M. Gerente (e) ESSALUD

GERENCIA DE PRESTACIONES HOSPITALARIAS GCPS V°B° Dr. L. LOPEZ L. Gerente ESSALUD

GERENCIA CENTRAL DE FINANZAS V°B° M. LA ROSA Gerente Central ESSALUD

Firma del usuario

Autorización	**Observación / Comentario**
V. B. (Aprobación) Gerente de Red Asistencial	

Condiciones: **Equipo:** **Código Patrimonial:**

- El préstamo
- El horario de :00 horas
- En caso de no utilizar el equipo por fallecimiento, favor de notificarlo con antelación al Hospital – Unidad de Terapia Respiratoria.

Recepción:				
Lugar	**Día**	**Año**	**Firma del usuario**	**Firma del Servicio**

EsSalud
Seguridad Social para todos

ANEXO VII

Procedimiento para Préstamo de Equipo Especializado
ODC

PROCEDIMIENTO: ACTUAL____ PROPUESTO ___ No. O1

NOMBRE: Solicitud de Equipo Especializado

PARTICIPANTES:

PLAZO DE ANTELACIÓN: no menor a diez días hábiles. Las solicitudes presentadas con menor anticipación quedarán sujetas a disponibilidad del equipo solicitado.

FECHA: Mes Día Año Hora

PASO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN	PLAZO
1	Persona gestora o por delegación	Envía la solicitud de préstamo del equipo especializado a la coordinación del área de servicios técnicos. Debe utilizar la Solicitud para préstamo de equipo especializado.	1 día
2	Coordinación	Recibe la solicitud y verifica cronograma de disponibilidad para el equipo solicitado.	1 día
3	Coordinación	En caso de que la fecha y hora indicada esté disponible, anota en el cronograma la reservación del equipo.	1 día
4	Coordinación	Se comunica el resultado de la gestión al solicitante, así como al coordinador de unidad correspondiente.	1 día
5	Coordinación	Se encarga de realizar la boleta de salida del equipo, así como de la preparación del mismo, verificando el correcto funcionamiento del equipo.	1 día
6	Persona gestora o por delegación	Retira el equipo solicitado según la fecha indicada. Firma la boleta de salida del equipo. En caso de cancelación de la actividad lo comunica a la coordinación.	1 día
7	Personal de unidad	En caso de que se haya solicitado asistencia técnica se brinda de acuerdo a lo coordinado con antelación.	1 día
8	Persona gestora o por delegación	Al finalizar la actividad se encarga de revisar el equipo y retirarlo y de entregar dicho equipo a la coordinación de unidad.	1 día
9	Coordinación de unidad	Verifica el estado en que se entrega el equipo. En caso de que el equipo sea entregado en condiciones correctas, lo anota en la boleta de préstamo de equipo correspondiente y anota en el cronograma de préstamo de equipo el estado de **disponible**. En caso de que surja algún inconveniente con el estado en que se devuelve el equipo se comunicará a la persona gestora y en caso necesario a la administración.	1 día
10	Coordinación de unidad	Verifica el estado del equipo y renueva cada año	1 día

EsSalud
Seguridad Social para todos

ANEXO VIII
COMPROMISO DE RETORNO DE EQUIPAMIENTO DE TERAPIA RESPIRATORIA A DOMICILIO

FECHA DE VERIFICACIÓN - INTERNAMIENTO: _____ **FOLIOS:** _____

FECHA :			**HORAS DE USO:**
NOMBRE DEL PACIENTE SOLICITANTE:			**DNI:** / **S.S.:**
DIAGNOSTICO:			
ESPECIALIDAD:		**CIE 10:**	
TEL/EXT:		**E-MAIL:**	

Que habiendo cumplido con todos los requisitos del **Anexo III** de la **DIRECTIVA N° -GG ESSALUD -2013 TERAPIA RESPIRATORIA A DOMICILIO** solicito tenga a bien disponer a quien corresponda se AUTORIZE la verificación, retorno e internamiento del equipamiento brindado así como el material medico reusable brindado.

NOMBRE DEL USUARIO (PACIENTE / FAMILIAR ENLACE) :	**MEDICO TRATANTE :**

GERENCIA DE PRESTACIONES HOSPITALARIAS - GCGS - V°B° - Dr. L. LOPEZ L. Gerente - ESSALUD

Firma del usuario

Autorización	**Observación / Comentario**
V. B. (Aprobación) Gerente de Red Asistencial	

GERENCIA DE PATRIMONIO Y SERVICIOS - V°B° - M. MAQUINA M. Gerente (e) - ESSALUD - GCG

Condiciones: **Equipo:** **Código Patrimonial:**

GERENCIA CENTRAL DE FINANZAS - V°B° - M. LA ROSA Gerente Central - ESSALUD

- Notificación de Retorno del equipamiento por fallecimiento. Hospital – Unidad de Terapia Respiratoria.				
Recepción:				
Lugar	**Día**	**Año**	**Firma del usuario**	**Firma del Servicio**

Observación:
Préstamo en Operación: Es la acción formal mediante la cual EsSalud entrega al usuario – paciente, para el otorgamiento de la Prestación de Terapia Respiratoria a Domicilio gratuitamente una especie mueble o raíz, para que haga uso de ella, y con cargo de restituir la misma especie después de terminar el uso sin costo alguno.

EsSalud
Seguridad Social para todos

ANEXO IX

MODELO DE CARTA DE ACEPTACION DE TERAPIA RESPIRATORIA A DOMICILIO

CARTA DE ACEPTACIÓN

NOMBRE DE LA RED ASISTENCIAL :	SERVICIO EN EL QUE SE HALLA HOSPITALIZADO:
FECHA: DIA: MES: AÑO:	

Yo _____ mayor de edad, identificado con DNI _____ domiciliado en ----------
----------y como paciente____ o como responsable ____ del paciente:
_____identificado con DNI _____quien padece la(s) patologías siguiente (s):

1._____
2._____
3._____
4_____

Expreso lo siguiente:

Que he hablado con el Dr(a)._____médico tratante del caso y se me ha explicado la naturaleza y el objetivo de lo que solicito y es mi deseo aceptar y continuar mi tratamiento en mi domicilio, incluyendo los riesgos significativos que se pueden presentar, siendo estos:

1. Infección respiratoria – neumonía – broncoaspiración a repetición - traqueitis
2. Barotrauma como consecuencia del uso del ventilador mecánico o por otra causa
3. Infección del ostoma de la traqueostomia
4. Paro respiratorio o muerte
5. Estenosis traqueal, subglótica, o fístula traqueoesofágica, tejido de granulación
6. Obstrucción de la cánula de traqueostomia
7. Complicaciones derivadas del sistema mecánico (ventilador)
8. Otras derivadas de la propia evolución de la enfermedad que padezco.

Y que por la naturaleza, evolución y riesgos de la enfermedad que padezco, son iguales a los que estoy expuesto al estar hospitalizado, y que el tratamiento no garantiza la mejoría de mi enfermedad.

EsSalud
Seguridad Social para todos

Me informado suficientemente con la información necesaria antes de solicitar la Terapia Respiratoria a Domicilio, y he recibido respuestas satisfactorias.

Que he leído la hoja informativa previa a mi carta de aceptación que me ha sido proporcionada a mi solicitud y he tenido oportunidad de efectuar preguntas al respecto y estoy satisfecho con esas explicaciones y las he comprendido.

Así mismo mi familia asume las responsabilidades que son:
Mantener el debido cuidado de mi equipo de ventilación mecánica según las obligaciones que se me asignen respecto al manejo del mismo.

Que como paciente y/o mi representante, no es el autorizado para su operación o manejo o personal no autorizado previamente de manera expresa por el que presta el servicio directamente.

Mantener el debido cuidado de otros insumos que se me otorguen.

Cumplir las indicaciones profesionales de cuidado y participar activamente en la rehabilitación del paciente si así se diera la situación.

Acoger al personal dando las facilidades del caso para su desempeño Asistencial, Técnico y administrativo según corresponda su indicación.

Responder a las especificaciones detalladas de aceptación del Programa de Terapia Respiratoria a Domicilio.

Otras que el Programa y el Médico tratante lo señalen.

Por tanto autorizo al Dr (a)_____,
con especialidad en_____, medico tratante del caso, para que se me traslade a mi domicilio a fin de continuar con mi tratamiento.

Comprendo y acepto que durante el traslado también pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

EsSalud
Seguridad Social para todos

Acepto que la medicina no es una ciencia exacta y al firmar este consentimiento busco mejorar la calidad de vida que pueda quedarme y en ese sentido es que la continuidad domiciliaria de mi tratamiento compromete una actividad de medio, pero no de resultados.

Comprendiendo estas limitaciones, doy mi consentimiento para que sea trasladado a mi domicilio a fin de continuar con el tratamiento instaurado y firmo a continuación:

....

Paciente / Familiar o Representante Médico Responsable Tratante

DNI..... DNI.....

CMP.....

RNE.....

Huella Huella

.....

Familiar Testigo

DNI.....

Huella

Nombre del Paciente: _____

Nombre del Familiar Responsable: _____

Relación con el Paciente: _____

Nombre del Familiar Testigo: _____

Fecha: .....