



TERAPIAS CTJ S.A.S.

PROCESO TERAPIA INTEGRAL

FORMATO ACUERDO DE TRATAMIENTO

Código: 001-CT.JD-HC-FO-AT

Versión: 03

Fecha: 2-2-2023

Páginas: 1/1

DIA	MES	ANO	CONSECUITIVO
Es importante para la IPS TERAPIAS CATHERIN TATINAN JIMENEZ S.A.S. que la prestación del servicio sea concertada y en caso de alteración en la programación esta sea registrada en forma oportuna, de acuerdo con el plan de tratamiento establecido por el prestador en la atención inicial al usuario aquí detallada			

**1. DATOS DEL USUARIO**

NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS	
NOMBRE Y APELLIDOS DEL CUIDADOR Y/O ACOMPÑANTE EN LA SESION	
NUMERO DE CONTACTO	
DIRECCION DE DOMICILIO DONDE SE REALIZA LA SESION	

**2. IDENTIFICACION DEL SERVICIO A OFERTAR**

FISIOTERAPIA	FONOAUDIOLOGIA	T. OCUPACIONAL	T. RESPIRATORIA
NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE LO ATENDIO			

**3. OBJETIVO DEL PLAN DE TRATAMIENTO**

--

**4. TIEMPOS DE TRATAMIENTO**

La duración de las terapias son las siguientes:

Terapia física: 30 min / Terapia ocupacional: 20 min/ Terapia respiratoria: 20 min/ Fonoaudiología: 20 min

Debe tener en cuenta que el tiempo de tratamiento empieza a correr desde el momento en que el profesional ingresa al domicilio

**5. DIAS PACTADOS DE TRATAMIENTO**

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
-------	--------	-----------	--------	---------	--------

**6. FRANJA HORARIA PROGRAMADA PARA LAS SESIONES**

Marque con una X la jornada que elija el usuario e identifique las dificultades para la atención por cambios que manifieste el usuario en la programación convenida

MAÑANA		OBSERVACION
TARDE		OBSERVACION

**7. SESIONES FALLIDAS**

Si el profesional confirma la visita el día anterior o durante la jornada y al acercarse al domicilio no puede realizar la atención por motivos propios del paciente esta sesión se dará como fallida. Si se presentan dos (2) sesiones fallidas a responsabilidad del paciente, automáticamente quedará fuera del programa de atención domiciliaria.

**8. CUIDADOR OBLIGATORIO**

Todo paciente al que se le preste el servicio domiciliario OBLIGATORIAMENTE debe tener cuidador al momento del tratamiento, de lo contrario el profesional no prestará el servicio

**9. FIRMA Y ACEPTACION**

FIRMA \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_

DOCUMENTO DE ID \_\_\_\_\_

FIRMA DEL USUARIO O PERSONA RESPONSABLE \_\_\_\_\_

PARENTESCO \_\_\_\_\_

El suscrito profesional, deja constancia que ha explicado la naturaleza, propósitos, beneficios, y alternativa en la atención del tratamiento señalado y que ha respondido todas las preguntas formuladas por el paciente o la persona responsable de este. En constancia se firma en Bogotá a los \_\_\_\_\_ ( ) días del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL: \_\_\_\_\_