

**1.- Información General para su Estadía**

Por favor, traiga a la Institución los siguientes ítems:

- Credencia del Seguro de Salud
- Historia Clínica y/o Resumen de su médico de cabecera con medicación actualizada
- Estudios de Laboratorio, imágenes, etc. previos
- DNI del paciente y familiar responsable

Al momento de la internación, le colocaremos en la muñeca un brazalete de un color definido que lo identificará como paciente internado en IMAR. No se quite el brazalete antes del Alta de la Institución. Si el brazalete se desprende por alguna razón, avísele a Administración y solicite uno nuevo.

El Servicio de Pensión del paciente incluye habitación doble, compartida, con baño privado, provisión de cama ortopédica, provisión de ropa blanca, atención de higiene y limpieza de habitación por el personal de mucamas en turnos mañana y tarde, servicio de cuatro comidas diarias distribuidas en desayuno, almuerzo, merienda y cena, servicio de médico de guardia permanente durante las 24hs, servicio interno de traslado del paciente a cada área de rehabilitación. El precio de la pensión varía con las comodidades de la habitación elegida, sin que esto implique modificaciones en la atención del paciente. Todo servicio de habitación individual, atención personalizada, o cualquier otro tipo de servicio no expresamente determinado en el presupuesto o que no sean cubiertos por su seguro médico, tiene aranceles especiales que pueden ser consultados previamente en el sector internación de la administración del Instituto.

El Instituto no será responsable por los actos u omisiones del paciente, los daños que este o sus familiares ocasionen, le serán facturados a su cuenta al momento del alta administrativa o cuando el personal de la Institución lo considere conveniente, sin perjuicio de notificar a la respectiva Obra Social, Coseguro y/o Seguro Médico, los hechos ocurridos.

***Respecto a Objetos Personales y de Valor***

No traiga a IMAR objetos de valor. Traiga a la Institución los objetos esenciales, como puede ser la ropa de dormir, ropa cómoda para realizar las actividades de rehabilitación, cepillos de dientes, etc.

.....  
.....

FIRMA, ACLARACION Y DNI  
ACLARACION Y DNI  
DEL PACIENTE O REPRESENTANTE  
RESPONSABLE SOLIDARIO

FIRMA,  
  
DEL



Deje en su casa grandes sumas de dinero, llaves, joyas, documentos personales y otros objetos de valor. Si lo trajo con Ud., por favor envíelos a su hogar con algún miembro de su familia o amigo. Por razones de seguridad no traiga televisores, computadoras, radios, secador de pelo u otro tipo de artefactos eléctricos. IMAR no se hace responsable por la pérdida o robo de teléfonos celulares, computadoras personales, Ipods, u otro tipo de equipos electrónicos.

**2.- Son derechos de todo paciente que ingresa a IMAR:**

- a) Ser tratado y atendido por todo el personal del Instituto en debida forma, con respeto y consideración.
- b) Recibir atención médica de los profesionales del Instituto cuando ello correspondiere o fuere requerido.
- c) Tener garantizada su tranquilidad y reposo en forma permanente.
- d) Recibir alojamiento y alimentación supervisado por nutricionista, durante todo el tiempo que dure su estadía en el Instituto. En tal sentido el horario de comidas es el siguiente:
  - a. Desayuno: a partir de las 7:00hs y hasta las 8:00hs
  - b. Almuerzo: a partir de las 12:30 y hasta las 13:00hs
  - c. Merienda: a partir de las 17:00 y hasta las 18:00hs
  - d. Cena: a partir de las 20:00hs y hasta las 20:30hs
- e) Formular libremente y sin temor a represalias durante su tratamiento, personalmente o a través del familiar responsable (por escrito), las quejas que considere necesarias para una mejor atención en la Institución. Las mismas serán recepcionadas en el sector Administración, y una vez gestionadas le darán una respuesta concreta.
- f) Conocer los aranceles y el estado de su cuenta de gastos.
- g) Conocer el nombre del médico a cargo de su tratamiento, así como también los nombres y funciones del personal involucrados en el mismo.
- h) Acceder a la información completa sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico, con la suficiente antelación como para poder facilitar la toma de decisiones, a través de una comunicación efectiva y de participación activa en todos los aspectos de su tratamiento, incluyendo su plan de alta.
- i) Realizar los tratamientos de rehabilitación los días hábiles en los horarios de 8.30 a 12.30 horas y de 14.30 a 18.30 horas, y días sábados de 9 a 13 horas.
- j) Solicitar una segunda opinión acerca de su diagnóstico o tratamiento médico.

.....  
 .....

FIRMA, ACLARACION Y DNI  
 ACLARACION Y DNI  
 DEL PACIENTE O REPRESENTANTE  
 RESPONSABLE SOLIDARIO

FIRMA,  
 DEL

**3.- El paciente o su familiar responsable deberá:**

- a) Respetar y cumplir el presente reglamento y observar buena conducta durante su estadía en IMAR.
- b) Informar en el momento del ingreso, quienes son aquellas personas que estarán acompañando al paciente durante su internación, detallando nombre, apellido y numero de documento. Asimismo, el/los médico/s de cabecera del paciente.
- c) Proporcionar información precisa y completa sobre sus afecciones presentes, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicación y otros antecedentes relevantes acerca de su salud. Deben comunicar a su médico y/o enfermera a la brevedad cambios inesperados en su condición. Si no comprende claramente su plan de tratamiento o lo que debe hacer para colaborar con el mismo, debe hacérselo saber al médico responsable de su tratamiento.
- d) Entregar medicación al responsable de "depósito de insumos y descartable" los días hábiles de 12 a 15 horas y los días sábados de 10 a 12 horas.
- e) Comprometerse con su plan de tratamiento y respetarlo.
- f) Ser respetuosos y cuidadosos de las pertenencias de otros y de los bienes de la Institución.
- g) Queda prohibido colgar o fijar carteles, fotos, pósters, etc. en las paredes y/o puertas de las habitaciones, para ello existe las pizarras correspondientes.
- h) Abonar las facturas emitidas por la Institución y/o sus prestadores y/o cumplir con las obligaciones administrativas y financieras de su asistencia médica.
- i) Cumplir con el egreso en fecha y hora indicadas.
- j) Las habitaciones individuales cuentan con servicio de caja de seguridad, su llave deberá ser solicitada en Administración previo depósito del arancel correspondiente de lunes a viernes de 9 a 17hs.

**4.- Es obligación de los pacientes y familiares que ingresan a nuestra Institución cumplir con las siguientes normas:**

- a) El paciente no podrá consumir alimentos y/o bebidas no prescritas o autorizadas por los médicos y/o nutricionistas de la Institución. Solo con la debida autorización

.....  
 .....

FIRMA, ACLARACION Y DNI  
 ACLARACION Y DNI  
 DEL PACIENTE O REPRESENTANTE  
 RESPONSABLE SOLIDARIO

FIRMA,  
 DEL



de la Dirección Médica podrá obtener alimentación acorde a su creencia religiosa. El paciente y/o familiar responsable asumirá la responsabilidad inherente a la alimentación ingresada y deberá respetar las estrictas indicaciones médicas de la dieta brindada por la Institución.-La Institución no se hará responsable de toda aquella alimentación no indicada ,supervisada y/o suministrada por el Servicio de Nutrición.

- b) Todo gusto o preferencia alimentaria fuera del menú confeccionado y estandarizado por el servicio de nutrición tiene aranceles especiales que pueden ser consultados previamente en el sector internación de la administración del Instituto.
- c) Se debe respetar el horario de visitas.
- d) Las visitas o acompañantes deben retirarse de la habitación ante procedimientos al paciente por parte del médico, enfermero, kinesiólogo, etc .
- e) Las visitas o acompañantes deben retirarse de la habitación cuando se realice la limpieza de la misma.
- f) Está prohibido permanecer en los pasillos de internación. Los familiares de los pacientes internados deben permanecer en la Sala de Espera del piso, comedor o en la Sala del Hall Central situado en planta baja.
- g) El paciente no podrá retirar elementos pertenecientes a la Institución (Ej. Sillas de ruedas, elementos ortésicos, andadores, etc).
- h) Por razones de salubridad, higiene y seguridad está absolutamente prohibido fumar dentro de la Institución.
- i) Está prohibido tomar mate en cualquier lugar de la Institución que no sea su habitación, comedor o patio (esta norma rige a su vez para los familiares).
- j) En los baños, los residuos patológicos deben depositarse en bolsa roja (gasas, algodón, apósitos, catéteres, etc.)
- k) Está prohibido el uso de celulares en UCE (Unidad de Cuidados Especiales), en las áreas comunes de internación (pasillos, etc.) y sectores de rehabilitación ya que producen interferencia con el equipamiento médico, poniendo en riesgo la seguridad del paciente. Solamente se autoriza el uso de celulares en las habitaciones y/o Hall de ingreso.
- l) Se encuentra terminantemente prohibido filmar y sacar fotos dentro de la Institución.
- m) Se deberá respetar el silencio dentro de la Institución.
- n) Está prohibido el ingreso con animales domésticos.
- o) En virtud de la patología de los pacientes, se sugiere restringir el ingreso de menores. Cuando estos ingresen, deberán permanecer bajo supervisión de sus padres

.....  
 .....

FIRMA, ACLARACION Y DNI  
 ACLARACION Y DNI  
 DEL PACIENTE O REPRESENTANTE  
 RESPONSABLE SOLIDARIO

FIRMA,  
 DEL



(estrictamente dentro del horario de visitas), sin correr ni gritar dentro de la Institución. Se deben mantener en las habitaciones, los pasillos junto a las camas despejados, para facilitar el traslado de pacientes.

p) Para asegurar el buen funcionamiento del equipo de aire acondicionado frío/calor tanto central como splits, se prohíbe la utilización de elementos que obstruyan la salida de aire de la boca de expulsión. Esta actitud deteriora el mecanismo de arranque y lesiona su funcionamiento, y deteriora a su vez la pintura de la superficie utilizada en su habitación. En caso de no encontrarse conforme con la graduación de la temperatura deberá solicitar a través de su enfermera el cambio o apagado de la climatización correspondiente a su habitación. Cuando el sistema de climatización se encuentre funcionando queda prohibido abrir puertas y/o ventanas al exterior, esto también genera el deterioro de los equipos.

q) En caso de necesidad operativa, la Institución se reserva el derecho a introducir cambios en la asignación de camas, sin previo aviso.

r) El acompañante del paciente internado que permanezca en horario nocturno (luego de

21 horas deberá informar a Administración de 9 a 17hs y retirar la autorización correspondiente para su estadía, la cual deberá presentar en enfermería de piso.

Previamente el acompañante deberá dar conformidad a las normas y abonar el arancel por acompañante vigente a ese momento, el cual incluirá el desayuno.

s) La falta de pago en término de aranceles y/o facturas que no sean reconocidas y/o

cubiertas por su cobertura social implicará mora automática y el derecho de la Institución a percibir los intereses o ajustes que considere por las vías que correspondan. Además, autorizará a la Institución a efectuar el traslado del paciente a otra clínica, sanatorio u hospital, facultad que podrá ejercer a su exclusivo criterio.

t) Será motivo para el traslado del paciente a otra Institución Médica Asistencial:

1. Decisión del propio paciente y/o familiar responsable, autorizada por el médico tratante.
2. Necesidad de orden médica o asistencial.
3. Falta de pago de las facturas.
4. Incumplimiento de las normativas internas.
5. Incumplimiento del paciente a los tratamientos indicados por los médicos tratantes.
6. Negativa a firmar el consentimiento de internación y/o formularios de ingreso.

.....  
 .....

FIRMA, ACLARACION Y DNI  
 ACLARACION Y DNI  
 DEL PACIENTE O REPRESENTANTE  
 RESPONSABLE SOLIDARIO

FIRMA,  
 DEL



- u) La atención médica de los pacientes, queda exclusivamente a cargo de los médicos de la Institución, salvo autorización expresa a otros profesionales por parte de la Dirección Médica.
- v) Los horarios para sus distintas terapias están a cargo del equipo de rehabilitación.
- w) La Institución se reserva el derecho de admisión y permanencia de pacientes, sus familiares y/o acompañantes.
- x) Los pacientes y visitas deben permitir la revisión por parte del personal de seguridad de la Institución de bolsos, cajas, y/o equipajes al ingreso y egreso a la Institución.
- y) En aquellos casos de habitaciones con línea telefónica, las llamadas que se realicen desde la misma, serán cargadas a la cuenta del paciente. Para realizar llamadas telefónicas, se deberá solicitar en Administración el código de seguridad (PIN) o solicitar a la recepcionista que establezca la comunicación.
- z) En caso de prestaciones que no estén cubiertas por su cobertura social o servicios adicionales que el paciente o familiar responsable requieran, la administración confeccionará resúmenes parciales cada 3 días o cuando está lo estime conveniente, que deberán ser abonados dentro de las 48hs.- La mora en el pago provocará la suspensión de estos servicios y el derecho de la Institución a percibir los intereses o ajuste que considere por las vías que corresponda.

Ante cualquier problema con el manejo de la TV, o llamadores de enfermeros (ubicados en la cabecera de las camas) se debe consultar al sector Mantenimiento a través del enfermero de piso.

**Horario de visita:**

El horario de visita es de:

- Lunes a Viernes: de 12 a 15hs y de 18 a 21hs
- Sábados y domingos: de 12 a 21hs

- a) No debe haber más de tres (3) familiares de pacientes por habitación en horario de visita. La visita de los niños, está limitada a un lapso breve y debe permanecer bajo supervisión de un mayor.
- b) No está permitido el ingreso de visitas después de las 21hs, salvo en caso de urgencia bajo autorización médica. Se solicita el estricto cumplimiento de los mismos para

.....  
 .....

FIRMA, ACLARACION Y DNI  
 ACLARACION Y DNI  
 DEL PACIENTE O REPRESENTANTE  
 RESPONSABLE SOLIDARIO

FIRMA,  
 DEL



permitir el normal desarrollo de las actividades médicas y kinesico-terapéuticas que hacen a la rehabilitación y atención del paciente.

c) Para su seguridad y de todo el personal, el Instituto cuenta con un sistema de cámaras y micrófonos ubicadas en habitaciones y pasillos que monitorean durante las 24hs todos los movimientos. Asimismo de un servicio de vigilancia para garantizar la seguridad de pacientes y familiares.

**Salidas transitorias:**

- a) El paciente y/o familiar responsable, deberá poner en conocimiento fehacientemente al sector Administrativo (lunes a jueves de 9 a 17hs y viernes de 9 a 12hs), previo al egreso transitorios del paciente, su intención de salida, manifestando fecha y hora de egreso y reingreso a los efectos de poder coordinar con los distintos servicios (médicos, enfermería, nutrición y rehabilitación) la suspensión provisoria de dietas y tratamientos. De no estar previamente informado administración en los días y horarios referidos up-supra, y el familiar retirara igualmente al paciente el fin de semana, deberá el día lunes subsiguiente en horario administrativo gestionar una nueva internación para ingresar al paciente.
- b) En el caso que el paciente y/o familiar responsable no cumpla con las fechas y horarios de egreso y/o reingreso, la Institución no se responsabilizará por la ausencia de la dieta y/o los turnos de tratamiento establecido oportunamente.

En ningún caso la Institución asegurará la reserva de cama.

LEIDA y tomado debido conocimiento en todas sus partes de la presente solicitud de internación por los suscriptos, prestan a ello su conformidad, por lo que firman al pie, en el Instituto Médico Argentino de Rehabilitación S.R.L a los ..... días, del mes de..... del año..... siendo las.....hs. Recibiendo en este mismo acto un ejemplar de la presente.

.....  
 .....

FIRMA, ACLARACION Y DNI  
 ACLARACION Y DNI  
 DEL PACIENTE O REPRESENTANTE  
 RESPONSABLE SOLIDARIO

FIRMA,  
 DEL

.....  
.....

FIRMA, ACLARACION Y DNI  
ACLARACION Y DNI  
DEL PACIENTE O REPRESENTANTE  
RESPONSABLE SOLIDARIO

FIRMA,  
DEL