

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 provisión de cama ortopédica, provisión de ropa blanca, atención de higiene y limpieza de la 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.

Todo servicio de 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.

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,

.....
.....

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

FIRMA,
DEL

computadoras, radios, secador de pelo u otro tipo de artefactos electrónicos. 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.
- h) Realizar los tratamientos de rehabilitación los días hábiles en los horarios de 8.30 a 11 horas y de 14 a 16 horas, y días sábados de 8.30 a 11 horas.
- i) Solicitar una segunda opinión acerca de su diagnóstico o tratamiento médico.

3.- El paciente o su familiar responsable deberá:

- a) Respetar y cumplir el presente reglamento y observar buena conducta durante su estadía en IMAR.

.....
.....

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

FIRMA,
DEL

- b) Informar en el momento del ingreso, quienes son aquellas personas que estarán acompañando al paciente durante su internación, detallando nombre, apellido y número 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.-

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 prescritos o autorizados por los médicos y/o nutricionistas de la Institución. Solo con la debida autorización 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.

.....
.....

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

FIRMA,
DEL



- 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 (estrictamente dentro del horario de visitas), sin correr ni gritar dentro de la Institución.
- p) Se deben mantener en las habitaciones, los pasillos junto a las camas despejados, para facilitar el traslado de pacientes.
- q) En caso de necesidad operativa, la Institución se reserva el derecho a introducir cambios en la asignación de camas, sin previo aviso.
- r) No está permitida la permanencia en horario nocturno (luego de 21hs) de familiares en el sector.
- 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:

.....
.....

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

FIRMA,
DEL



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.
- 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 de personal de la Institución de bolsos, cajas, y/o equipajes al ingreso y egreso a la Institución.
- y) 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.

Horario de visita:

El horario de visita es de:

- Lunes a domingos: 11 a 12 y 17 a 19hs.

a) No debe haber más de un (1) familiar de paciente por vez 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 permitir el normal desarrollo de las actividades médicas y kinesico-terapéuticas que hacen a la rehabilitación y atención del paciente.

.....
.....

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

FIRMA,
DEL

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

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.....horas. 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