



Agenda del CUIDADOR

UNIDAD DOMICILIARIA

COMPROMISO DE INGRESO A UNIDAD DOMICILIARIA

Yo, identificado con DNI/Carnet Ext. N° de años, nacionalidad, estado civil, de parentesco del paciente con DNI N°....., domiciliado en declaro bajo pleno uso de mis facultados mentales que:

He sido informado, por el representante de la Unidad Domiciliaria, sobre:

- ☐ Criterios de ingreso, permanencia y alta de la Unidad Domiciliaria.
- ☐ Procesos de atención, cartera de servicios y objetivos de las intervenciones.
- ☐ Compromisos que debe asumir un cuidador (como garantizar la seguridad de los profesionales o el acompañamiento al paciente durante su atención).
- ☐ Canales de contacto y consulta de información
- ☐ Se absuelven mis dudas
- ☐ Se brinda material de apoyo audiovisual: físico (agenda del cuidador de corresponder) y virtual (página web).

Comprendo la importancia de la participación de la familia en la unidad, desempeñando un rol indispensable e irremplazable en el acompañamiento y cuidado del paciente, el cual implica garantizar su participación y coordinar con él (si estuviera en uso de sus facultades) la toma de decisiones respecto a su atención, coordinar con la red familiar para la organización de los cuidados, y asignar otros cuidadores responsables en caso así lo decidan.

Comprendo también la importancia que representa para la unidad el contar con mis datos personales, así como el de los otros cuidadores (de haberlos), los cuales serán solicitados en las visitas y contactos telefónicos para fines de identificación y atención segura, debiendo comunicar a la unidad cualquier cambio o actualización de los mismos.

Ante lo expuesto, expreso mi consentimiento y compromiso para ser considerado CUIDADOR del paciente; así mismo, autorizo que me contacten vía telefónica y se realicen visitas en el domicilio consignado para la atención, seguimientos, cuidados y procedimientos indicados por el médico tratante, tales como curaciones, manejo de dispositivos (catéteres, sondas) entre otros que pueda requerir el paciente, así como también traslados, pruebas complementarias, captura de imágenes o video de apoyo al diagnóstico o tratamiento, los cuales me serán previamente explicados en la atención, sabiendo que tengo derecho a expresar mi negativa a la realización de los mismos, con conocimiento y responsabilidad del impacto explicado de esta decisión, lo cual será documentado y registrado en el historial del paciente.

En señal de conformidad firmo el presente documento.

..... de de 20.....

Cuidador del paciente
Nombres y apellidos:
DNI:

Representante UDO
nombres y apellidos:
DNI:

COMPROMISO DE INGRESO A UNIDAD DOMICILIARIA

Yo, identificado con DNI/Carnet Ext. N° de años, nacionalidad, estado civil, de parentesco del paciente con DNI N°....., domiciliado en declaro bajo pleno uso de mis facultados mentales que:

He sido informado, por el representante de la Unidad Domiciliaria, sobre:

- ☐ Criterios de ingreso, permanencia y alta de la Unidad Domiciliaria.
- ☐ Procesos de atención, cartera de servicios y objetivos de las intervenciones.
- ☐ Compromisos que debe asumir un cuidador (como garantizar la seguridad de los profesionales o el acompañamiento al paciente durante su atención).
- ☐ Canales de contacto y consulta de información
- ☐ Se absuelven mis dudas
- ☐ Se brinda material de apoyo audiovisual: físico (agenda del cuidador de corresponder) y virtual (página web).

Comprendo la importancia de la participación de la familia en la unidad, desempeñando un rol indispensable e irremplazable en el acompañamiento y cuidado del paciente, el cual implica garantizar su participación y coordinar con él (si estuviera en uso de sus facultades) la toma de decisiones respecto a su atención, coordinar con la red familiar para la organización de los cuidados, y asignar otros cuidadores responsables en caso así lo decidan.

Comprendo también la importancia que representa para la unidad el contar con mis datos personales, así como el de los otros cuidadores (de haberlos), los cuales serán solicitados en las visitas y contactos telefónicos para fines de identificación y atención segura, debiendo comunicar a la unidad cualquier cambio o actualización de los mismos.

Ante lo expuesto, expreso mi consentimiento y compromiso para ser considerado CUIDADOR del paciente; así mismo, autorizo que me contacten vía telefónica y se realicen visitas en el domicilio consignado para la atención, seguimientos, cuidados y procedimientos indicados por el médico tratante, tales como curaciones, manejo de dispositivos (catéteres, sondas) entre otros que pueda requerir el paciente, así como también traslados, pruebas complementarias, captura de imágenes o video de apoyo al diagnóstico o tratamiento, los cuales me serán previamente explicados en la atención, sabiendo que tengo derecho a expresar mi negativa a la realización de los mismos, con conocimiento y responsabilidad del impacto explicado de esta decisión, lo cual será documentado y registrado en el historial del paciente.

En señal de conformidad firmo el presente documento.

..... de de 20..... .

Cuidador del paciente
Nombres y apellidos:
DNI:

Representante UDO
Nombres y apellidos:
DNI:

ATENCIÓN EN LA UNIDAD DOMICILIARIA

CRITERIOS DE INGRESO

CLÍNICOS	NO CLÍNICOS
- Dependencia funcional severa o total, definida por un puntaje menor o igual a 35 en el índice de Barthel (medida que valora el nivel de independencia del paciente en la realización de algunas actividades de la vida diaria) realizado por el personal de la UDO. - Paciente en cuidados paliativos con pronóstico desfavorable indicado por médico tratante.	- Ser adscrito al Complejo Hospitalario. - Contar con domicilio dentro del ámbito geográfico de atención de la UDO. - Domicilio accesible para llevar asistencia de salud que brinde condiciones seguras para la atención y cuidado del paciente. - Firma del compromiso de ingreso a la UDO.

¿QUÉ TIPO DE ADULTOS MAYORES TENEMOS EN LA UNIDAD DOMICILIARIA?



**Adultos mayores
con enfermedades
crónicas avanzadas
con dependencia
total avanzada.**

Con comorbilidades

Frágiles

ATENCIÓN EN LA UNIDAD DOMICILIARIA

¿QUE DEBE TENER EL DOMICILIO DEL PACIENTE?



TELEFONÍA FIJA
O
CELULAR



INTERNET
(DESEABLE)

Los servicios básicos aseguran la continuidad del cuidado; las telecomunicaciones permiten el seguimiento del paciente y la educación para la familia y cuidadores.

Por seguridad, si el acceso al domicilio es complicado (condominio, rejas, tranqueras) se pedirá acompañamiento a los profesionales.

ATENCIÓN EN LA UNIDAD DOMICILIARIA

CONDICIONES DE UN FAMILIAR O CUIDADOR



- Ser **mayor de 18** años y **menor de 65** años.
- Gozar de **buena salud** física, mental y emocional.
- Tener **disponibilidad** (tiempo) para realizar los cuidados indicados en domicilio.
- Tener **buena disposición** para recibir información y educación en cuidado (formación de familia cuidadora).

CONDICIONES DE ALTA DEL SERVICIO

- **Cambio de dirección** del paciente o cambio de domicilio, fuera del ámbito de atención de los complejos hospitalarios.
- En una tercera visita consecutiva **no se encuentra al paciente** o cuidador, o se incumple acuerdos realizados en la intervención social.
- Cuando se identifica **riesgos en la seguridad** del personal.
- Cuando cuidador o paciente **no desean recibir la atención**.
- **Recuperación del paciente** o del estado que condicionó la dependencia por la cual ingresó al programa.
- **Fallecimiento** del paciente.



DESCRIPCIÓN DE TÉRMINOS

LOS CUIDADORES

Cuidador Principal:

- Acompaña al paciente
- Firma el compromiso
- Coordina con la familia
- Toma decisiones cuando es necesario.
- Debe estar en las visitas domiciliarias.
- Debe conocer los problemas de salud y el plan de tratamiento del paciente
- Recibe formación en cuidados.



Cuidadores Secundarios:

- Familiares o no familiares que comparten el rol de cuidado.

LOS SERVICIOS

Evaluación Integral de Ingreso:

- Realizada por médico, incluye problemas y riesgos biopsicosociales.
- Complementada por profesionales en áreas de cuidado social, psicológico, nutricional y físico.

Evaluaciones Especializadas:

- Terapia física, enfermería, psicología, nutrición, abordaje social.
- Exámenes de laboratorio, radiología, extracción de muestras.

Frecuencia de Visitas:

- Trimestrales (médico), mensuales, semanales o según necesidad.
- Organización geográfica para eficiencia.



LA EDUCACIÓN Y CUIDADOS

- Charlas, visitas domiciliarias, materiales educativos.
- Registro de presión, glucosa, signos de alarma, molestias.
- Solución de preguntas, dudas y recomendaciones del profesional de salud.



¿Cómo puedes comunicarte con nosotros?

Si deseas comunicarte con nosotros puedes hacerlo a través de nuestra central telefónica:

Alberto Barton

 01 205-0333

Guillermo Kaelin

 01 205-1222

OPCIÓN 9 - INFORMES

Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Un equipo de profesionales responderá tu llamada y te brindará la información solicitada.

OPCIÓN 2 - URGENCIAS

Lunes a domingo de 7:00 p.m. a 7:00 p.m.

(ver signos o motivos de urgencia).

Un equipo de profesionales de salud responderá tu llamada y te atenderá u orientará vía telefónica, o enviará un equipo de salud para atenderte en tu domicilio.

En caso de emergencias:

 01205-0333 **(Alberto Barton)** o  01205-1222 **(Guillermo Kaelin)**

STAE	117
Bomberos	116
SAMU	106
Policía	105

En caso de violencia familiar:

Línea 100

(Centro nacional de atención de violencia familiar)

Ley 30490: Ley de la persona adulta mayor.

Ante sospecha de violencia o ser víctima de violencia

(Física / Sexual / Psicológica / Económica)

Comunicar a la "línea 100" e informar hechos ocurridos.