CONSENTIMIENTO INFORMADO

El que suscribe, ... afiliado a OSEP Nº ...../....., representando en este acto por....., Doc. Nro ....., ingresado al Programa de OCD y/o VNI en el día ...../...../....., se compromete a:

Cuidar los equipos prestados por OSEP y/o la empresa prestadora y a cumplir con los siguientes puntos:

1- Comunicar a OSEP y a la Empresa prestadora de los mismos, cualquier daño, desperfecto o sustracción que sufrieran los equipos. (en caso de robo y/o hurto adjuntar denuncia policial) En caso de cualquier daño por mal uso, perdida de equipos o sustraccion por robo y/o hurto, la OSEP no se hace responsable de los costos de reposicion a la empresa prestadora, teniendo que hacerse cargo el garante o responsable firmante.

2- Realizar la primera renovación del servicio en formulario oficial a los 30 días de haber recibido el equipo en domicilio y posteriormente cada 6 meses, debiendo adjuntar los estudios complementarios de ser requeridos por la auditoría médica de OSEP y presentarla en el Programa de Oxigenoterapia y/o Delegación. Vencido ese plazo y no realizado el tramite administrativo correspondiente podrá ser retirado el equipo por la empresa prestadora autorizada por OSEP.

3- El equipo no podrá se traslado del domicilio fijado excepto las fuentes portátiles o móviles, en el caso de cambio de domicilio, se deberá dar aviso a la empresa prestadora para su traslado por normas de bioseguridad.
Los equipos no pueden ser sacado de la provincia, ya que la Obra Social tiene convenio solo para el territorio de Mendoza.

4- El afiliado deberá informar a la empresa prestadora si realiza algún cambio de domicilio o teléfono.

5- El pago del coseguro mensual, en caso de corresponder, se efectuará mediante la modalidad de descuento por bono de haberes o pago efectivo.

6- Asimismo toma conocimiento que por el servicio de OXIGENOTERAPIA CRÓNICA DOMICILIARIA y/o VENTILACIÓN NO INVASIVA, corresponde un coseguro mensual de $.....

DE NO CUMPLIR CON LO QUE SE LE HA INFORMADO EN EL PROGRAMA, EL EQUIPO SERÁ RETIRADO POR LA EMPRESA PRESTADORA, DADO DE BAJA DEL PROGRAMA DE OXIGENOTERAPIA CRÓNICA DOMICILIARIA Y/O VENTILACIÓN NO INVASIVA.

EL TIEMPO DE ENTREGA DE LOS EQUIPOS, POR LA EMPRESA PRESTADORA, ES DE 72 hs. HÁBILES ACORDE A LA DISPONIBILIDAD DE LA EMPRESA PRESTADORA Y DE LA ZONA DE RESIDENCIA DEL AFILIADO.

EL AFILIADO TOMA CONOCIMIENTO QUE EL SERVICIO DE OCD Y/O VNI **NO** ES UNA PRESTACIÓN DE URGENCIA.
EN CASO DE SER UNA URGENCIA SE DEBERÁ CONSULTAR EN FORMA INMEDIATA CON SERVICIOS DE EMERGENCIAS Y/O GUARDIAS DE EFECTORES PROPIOS O EN CONVENIO.

Declaro en el día ...../ ...../ ....., que he sido debidamente informado y conocer, aceptar y respetar totalmente las normas del servicio a recibir, como así también sus efectos terapéuticos y colaterales.

Notificación del afiliado o familiar: (garante)

Firma .....

Aclaración .....

D.N.I. .....

Grado de parentesco: .....

Teléfono: .....

Domicilio: .....