

PLANILLA 2

COMPLETADA POR ASISTENTE DOMICILIARIO

APELLIDO Y NOMBRE DEL AFILIADO:.....

TELEFONO DE CONTACTO: (.....).....

Tareas que realizaría (marcar con x)

Baño	
Vestimenta	
Uso de inodoro	
Uso de pañales	
Movilización	
Alimentación	

Detalle otras actividades que desee agregar:

Las que se llevarían a cabo los días:.....

En el horario de.....a.....,durante.....hs. en total

En el domicilio de la calle:.....N°.....Piso:.....Dpto.:.....

De la localidad de:.....Provincia:.....

Desde la fecha:...../...../.....

NOMBRE Y APELLIDO DEL ASISTENTE DOMICILIARIO:.....

Teléfono de contacto: (.....).....

NOMBRE Y APELLIDO DE AFILIADO O RESPONSABLE:.....

Teléfono de contacto: (.....).....

REQUISITOS A CUMPLIR POR EL ASISTENTE DOMICILIARIO Y DOCUMENTACION A PRESENTAR

- Resida en la localidad donde presta la atención o localidad cercana.
- Cuento con los implementos básicos necesarios que garanticen la higiene, la seguridad y la organización adecuada del ámbito laboral (Por ejemplo: corsé de protección dorso lumbar.)
- No tenga vínculo consanguíneo, de parentesco o relación de pareja con la persona para quien se solicita el beneficio.
- Presente Certificado de Buena Conducta y Apto psicofísico (del ámbito público).
- Copia de DNI.
- Currículum Vitae: que debe incluir datos personales, certificado de antecedentes en tareas similares y Acreditación de formación y capacitación en cuidados domiciliarios (cuidador domiciliario, cuidador para personas con discapacidad, auxiliar en gerontología, auxiliar de enfermería o demás carreras afines)

DECLARACION JURADA

Por medio de la presente, declaro conocer y aceptar las:

TAREAS INHERENTES AL ASISTENTE DOMICILIARIO

1. El Asistente Domiciliario desarrollará tareas de apoyo, supervisión y asistencia de las actividades básicas de la vida diaria y de las instrumentales, indicadas específicamente por el profesional tratante.
2. El Asistente Domiciliario realizará:
 - A. Administración de medicamentos por vía oral y de uso externo, indicados y prescritos por profesionales con la autorización previa de la familia.
 - B. Preparación de alimentos e Ingesta asistida, únicamente para el beneficiario
 - C. Higiene, arreglo personal, y del hábitat que involucre únicamente al beneficiario.
 - D. Acciones preventivas de accidentes.
 - E. Tareas relacionadas con desplazarse, deambular y/o trasladarse
 - F. Colaboran en prácticas indicadas por profesionales de la salud.
3. Realizará las tareas arriba mencionadas teniendo en cuenta las necesidades del beneficiario y siempre contando con su acuerdo o el de su red primaria de apoyo.
4. De acuerdo a la indicación del profesional tratante el Asistente Domiciliario diseñará un esquema de las actividades a desarrollar en su estadía y su rol en ellas (Plan de trabajo), que será consensuado con la persona dependiente y con su familia, los cuales darán su aval firmando el mismo.
5. Deberá confeccionar y dejar en el domicilio del afiliado un registro diario de actividades, con el día y hora de realización
6. No realizará tareas de servicio doméstico a excepción de lo detallado en el 2. Inciso B) y C), detallado mas arriba.
7. No realizará tareas de mantenimiento de prótesis ni ortesis.
8. No realizará traslados con el afiliado en medios de transporte sin autorización previa del afiliado y/o su red primaria de apoyo.
9. No podrá delegar el servicio autorizado en su favor a otro profesional, como así tampoco facultades, funciones, o atribuciones privativas de su actividad.
10. No realizará tareas específicas de enfermería profesional tales como suministrar medicación por vía enteral, parenteral, por catéter central, ni realizar curaciones complejas, etc.

Mediante la presente accedo a brindar el servicio de Cuidador Domiciliario a favor del afiliado arriba mencionado, declarando conocer las normativas.

.....

Firma y aclaración del cuidador

.....

Firma y aclaración del afiliado/responsable

FECHA:/...../.....