

PAIME

Programa de Atención Integral
al Médico Enfermo

ACEPTACIÓN DE ENTRADA AL PROGRAMA

Barcelona, de de 200 __

El/la Sr/a _____, nombre ficticio que se le ha asignado en el momento de su acogida en el Programa y que consta en el registro confidencial de casos del Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME), y que de ahora en adelante será citado como el paciente,

DECLARA ser médico, con ejercicio profesional en _____, y

MANIFIESTA su deseo de ser admitido en el PAIME, previa información de sus características, para ser atendido de su sufrimiento

Con esta finalidad el **PACIENTE SE COMPROMETE A:**

1. Seguir el tratamiento prescrito, acudir a las visitas de seguimiento y hacerse las pruebas que le sean indicadas por su terapeuta según el tipo y la evolución de su proceso.
2. No abandonar el tratamiento hasta el momento que le sea dado el alta por su terapeuta. En caso que deseara dejar de recibir la asistencia del PAIME, lo tendrá que comunicar a su terapeuta.

Por su lado, el **PAIME:**

1. Prestará los servicios asistenciales a su alcance que pueda necesitar el paciente, con la especificidad y especialización características del Programa para que pueda alcanzar su recuperación y estar capacitado para ejercer correctamente la medicina. Teniendo en cuenta que si durante el proceso asistencial el paciente entrara en situación de jubilación y/o de incapacidad laboral permanente, el derecho a recibir estos servicios del PAIME se extinguiría, siendo dirigido el paciente al correspondiente dispositivo asistencial de la red general.
2. Preservará al máximo la confidencialidad con las siguientes excepciones:

- a) En caso de emergencia vital, momento en que esta situación se pondrá en conocimiento de las personas, familiares o colegas, indicadas a los efectos por el paciente:

Personas indicadas:

* _____
* _____
* _____

Teléfonos de contacto:

* _____
* _____
* _____

- b) Cuando el paciente autorice a su médico terapeuta, Dr. _____ a informar sobre su estado de salud a las siguientes personas:

Personas autorizadas:

* _____
* _____
* _____

Teléfonos de contacto:

* _____
* _____
* _____

- c) Ante un posible problema de mala praxis que ponga en riesgo la salud de terceras personas, el terapeuta del paciente tiene la obligación de informar al secretario del Colegio de Médicos correspondiente (art. 102 del Código de Deontología – Normas de Ética Médica).

Y, en muestra de su conformidad, el paciente firma este documento:

Sr/a: _____
(Como paciente atendido en el PAIME)