

## CARTA DE COMPROMISO PROGRAMA KRYSTAL

Yo..... identificado(a) con DNI( ) CE( ) Pasaporte ( )  
..... acepto inscribirme voluntariamente en el “Programa KRYSTAL”, programa por el cual Sanitas busca realizar el Control y Seguimiento de mis Enfermedades Crónicas y me ofrece bajo las condiciones del Programa, según las especificaciones de mi plan de salud.

Me comprometo a seguir las indicaciones que mi médico tratante y los profesionales del equipo de salud del Programa KRYSTAL me ofrezcan dentro del desarrollo del programa, y cumplir con el Tratamiento farmacológico y no farmacológico recetado.

Asumo el compromiso de acudir a las actividades educativas que realice el programa y alcanzar el peso recomendado por los especialistas, siguiendo las pautas que me brinden para adoptar hábitos saludables.

Me comprometo a no efectuar consultas ambulatorias en forma paralela por el(los) mismo(s) diagnóstico(s) incluido(s) en el presente documento, ya sea en otro centro o con otro médico que no forme parte del equipo de médicos del programa KRYSTAL.

Declaro conocer que el programa KRYSTAL no contempla la atención ambulatoria de las eventuales complicaciones de mi enfermedad. Toda situación de emergencia o urgencia médica, así como necesidad de transferencia u hospitalización derivadas de estas complicaciones, serán atendidas bajo las condiciones regulares indicadas en mi plan de salud y no forman parte del Programa KRYSTAL.

Declaro haber sido instruido que al ingresar al programa KRYSTAL, recibiré atenciones cada mes según el diagnóstico que padezca. Una vez que mi enfermedad se encuentre controlada y de acuerdo a criterio médico, mi control médico y evaluación se realizarán cada dos (02) o tres (03) meses, sin que se vea afectada la frecuencia del seguimiento telefónico mensual hecho por una enfermera adscrita al Programa KRYSTAL, ni la entrega de mis medicamentos.

Declaro conocer que en caso de evidencia de un mal control de mi enfermedad crónica por incumplimiento de las indicaciones del Programa KRYSTAL relacionadas a visitas médicas, tratamiento farmacológico, consulta nutricional, cambios en mi estilo de vida, consulta por podología (en diabetes), y asistencia a talleres y/o a las actividades educativas; se reevaluará mi permanencia dentro del Programa KRYSTAL, realizando un seguimiento del cumplimiento de indicaciones por un período de 03 meses. Finalizado ese periodo, y de continuar con el incumplimiento, se procederá a mi retiro del Programa KRYSTAL y seguiré mis atenciones por consulta ambulatoria.



## CARTA DE COMPROMISO PROGRAMA KRYSTAL

Declaro haber sido informado que está permitido realizar solo dos (02) reprogramaciones al año de las visitas médicas concertadas, reprogramación que deberá ser notificada con 48 horas de anticipación a la cita programada.

Entiendo que puedo abandonar el Programa KRYSTAL en el momento que desee, siempre que lo comunique por lo menos con siete (07) días útiles de anticipación a mi próxima cita programada y que podré inscribirme nuevamente en el Programa cuando cumpla las condiciones médicas y administrativas para hacerlo.

Entiendo que el programa contempla la cobertura al 100% de la atención médica y los exámenes auxiliares y medicamentos tienen una cobertura del 80%.

Modalidad de atención

En ..... ( )

---

Firma del afiliado(a)

### (Para ser llenado por los profesionales de salud del programa KRYSTAL)

Según el grado de dependencia (escala de Barthel), marcar con una equis (X) si el paciente requiere o no la asistencia de un cuidador primario:

Sí requiere: .....

No requiere: .....

### (De existir necesidad de un cuidador primario, a continuación, esta parte deberá ser leída y firmada por el titular o por el familiar responsable):

Yo, ..... identificado con DNI/ CE/ Pasaporte N° ..... declaro bajo juramento que he sido instruido que, debido al grado de dependencia de mi familiar ....., es necesario que cuente con un cuidador que le brinde apoyo emocional, los cuidados que requiera, asistencia para el cumplimiento del tratamiento médico, acompañamiento a las consultas, y en su interacción con el personal de salud del programa KRYSTAL, proporcionando información de la condición de salud de mi familiar y cualquier otro dato relevante para hacer un adecuado seguimiento y control médico.

Por lo tanto, declaro que acepto esta condición:

---

Firma del familiar responsable