

CONSENTIMIENTO para EXPLANTE de dispositivo

En _____ a los ____ días del mes de _____ de _____

Los abajo firmantes:

_____ CI _____

con domicilio en _____

a quien se le implantará un **MARCAPASO**

y _____ CI _____

con domicilio en _____

vinculado al paciente en calidad de _____

son informados por el médico tratante Dr. _____

que el dispositivo terapéutico que le será implantado al paciente se ha costeado con fondos de la comunidad en su conjunto, incluido su propio aporte, motivo por el cual se deben obtener las mayores prestaciones que el mismo pueda otorgar. Tal medida permitirá satisfacer las necesidades sanitarias de este paciente y, eventualmente, de otro a quien pueda serle útil posteriormente.

Por tal razón el paciente autoriza por este medio al Fondo Nacional de Recursos para que, en caso de fallecimiento, se le explante el dispositivo referido, el que podrá ser destinado a otro paciente que así lo necesite.

Con esa finalidad el acompañante del paciente en este acto y firmante de la presente declaración se compromete a dar aviso inmediato de un eventual fallecimiento al IMAE que realizó el implante. El IMAE lo comunicará también de inmediato a la Guardia Médica del FNR.

Paciente _____

Familiar o acompañante _____

Médico tratante _____