

## TRATAMIENTO DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA DE ALTA COMPLEJIDAD ELECCIÓN DE CLÍNICA

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ C.I.: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Nombre de la pareja: \_\_\_\_\_ C.I.: \_\_\_\_\_

### COBERTURA FINANCIERA DEL ACTO MÉDICO DE "TRATAMIENTO DE REPRODUCCION ASISTIDA DE ALTA COMPLEJIDAD"

El presente documento tiene por objeto informar su derecho a la libre elección de la Clínica de Fertilidad para la realización del procedimiento de Reproducción Humana Asistida de Alta Complejidad.

Las clínicas habilitadas por el Ministerio de Salud Pública entre las cuales puede optar son:

Nombre de la Clínica	Dirección y teléfono
Centro de Esterilidad Montevideo (CEM)	Av. Francisco Soca 1559. Montevideo. Teléfono: 27092966
Centro de Reproducción Humana (CERHIN) – Montevideo.	Sambucetti 2679. Montevideo. Teléfono 24805317
Clínica Suizo Americana	Av. Ing. Luis Ponce 1575. Montevideo. Teléfono: 27073011

En consecuencia dispongo/disponemos y autorizo/autorizamos que mi/nuestro tratamiento de reproducción humana asistida sea realizado en la Clínica \_\_\_\_\_

Asimismo autorizo a que dicha clínica integre el equipo médico que tendrá a su cargo la realización de los referidos procedimientos con los técnicos que la misma determine

**DERECHO AL CAMBIO DE CLINICA.** Se me informa que tengo/tenemos derecho a cambiar la clínica elegida para efectuar este tratamiento. Dicho cambio sólo podrá efectuarse en el momento de iniciar un nuevo ciclo de tratamiento.

En ese caso, deberé/deberemos completar el formulario de "Cambio de Clínica" manifestando tal voluntad y comunicarlo a la Clínica elegida con anterioridad y al Fondo Nacional de Recursos.

La mujer/ pareja se compromete/n a enviar toda la información referente al tratamiento solicitado en el momento que la Clínica de Fertilidad elegida en este documento o el Fondo Nacional de Recursos lo soliciten.

\_\_\_\_\_  
**Firma de la pareja**

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente**

\_\_\_\_\_  
**Aclaración**

\_\_\_\_\_  
**Aclaración**

\_\_\_\_\_  
**Firma del médico**

\_\_\_\_\_  
**Aclaración**