

PROCEDIMIENTO CARDIOLOGICO INTERVENCIONISTA (PCI)

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ C.I.: _____

Edad: _____ Domicilio: _____

Departamento: _____ Localidad: _____ Tel.: _____

Nombre del médico: _____ C.I.: _____

COBERTURA FINANCIERA DEL ACTO MÉDICO DE "PROCEDIMIENTO CARDIOLOGICO INTERVENCIONISTA (PCI)"

Tomo conocimiento que el "Procedimiento Cardiológico Intervencionista diagnóstico (cateterismo cardíaco) y terapéutico (angioplastia coronaria)" se realiza con cobertura financiera del FONDO NACIONAL DE RECURSOS (FNR). El FNR tiene como cometido financiar ciertos actos médicos para todos los habitantes del país. El acto médico que recibiré es realizado en los IMAE cuya lista se Incluye a continuación la cual pude leerla o me ha sido leída:

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA	I.N.C.C.
CASA DE GALICIA	SANATORIO AMERICANO Montevideo
HOSPITAL DE CLÍNICAS	SANATORIO AMERICANO Extensión Salto. Centro de Angiografía del Litoral.
I.C.I.	SANATORIO AMERICANO Extensión Maldonado. Centro Cardiológico Cantegril.

ELECCIÓN DEL IMAE: Se me hace saber que puedo optar por ser asistido en cualquier IMAE sin costo alguno de mi parte.

DERECHO A NO CONSENTIR O RETIRAR EL CONSENTIMIENTO: Se me informa que en cualquier momento y sin expresión de causa o explicación, puedo modificar la elección de IMAE.

Con la precedente información, dispongo y autorizo que el acto médico "Procedimiento Cardiológico intervencionista", sea realizado en el IMAE:

Firma del/de la paciente

Firma del médico/a tratante

CONDICIONES DEL PACIENTE QUE IMPIDEN RECABAR SU ELECCIÓN DE IMAE: En caso de que a juicio del médico existan condiciones que impidan recabar la elección de IMAE al paciente, el médico debe detallar los motivos a continuación y recabar la firma de un familiar, todo bajo su responsabilidad:

Nombre del familiar: _____ C.I.: _____

Edad: _____ Grado de parentesco: _____

Motivo por el que no firma: _____