

IMPLANTE DE CARDIODESFIBRILADOR

TIPO: IMPLANTE RECAMBIO EXPLORACIÓN

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ C.I.: _____

Edad: _____ Domicilio: _____

Departamento: _____ Localidad: _____ Tel.: _____

Nombre del médico: _____ C.I.: _____

COBERTURA FINANCIERA DEL ACTO MÉDICO DE "IMPLANTE DE CARDIODESFIBRILADOR"

Tomo conocimiento que el "implante de cardiodesfibrilador" 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 al que seré sometido es realizado en los IMAE cuya lista se incluye a continuación la cual pude leer o me ha sido leída:

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA	HOSPITAL EVANGÉLICO
CASMU	I.C.I.
CENTRO CARDIOVASCULAR MONTEVIDEO	I.N.C.C.
CÍRCULO CATÓLICO	SANATORIO AMERICANO
HOSPITAL DE CLÍNICAS	

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 del IMAE.

Con la precedente información, dispongo y autorizo que el acto médico de "implante de cardiodesfibrilador", al que seré sometido, me 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: _____

Firma del familiar: _____