

## TRATAMIENTO DIALÍTICO – DIALISIS PERITONEAL

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

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

Edad: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

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

### COBERTURA FINANCIERA DEL “TRATAMIENTO DIALÍTICO”

Tomo conocimiento que el “tratamiento de diálisis – en la modalidad de Diálisis Peritoneal Crónica Ambulatoria (DPCA)” se realiza bajo 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 será sometido es realizado en los IMAE cuya lista se incluye a continuación la cual pude leer o me ha sido leída:

<b>CANMU</b>	<b>DPU SRL</b>
<b>CASMU</b>	<b>HOSPITAL DE CLÍNICAS</b>
<b>DIAVERUM SEINE</b>	<b>HOSPITAL MACIEL</b>
<b>DIAVERUM SENNIAD</b>	<b>SANATORIO AMERICANO</b>

Se me informó que (antes de firmar este consentimiento) yo mismo o una persona de mi confianza, debo tomar contacto personal o telefónico con el Servicio Social del FNR para que se me oriente respecto a los diversos IMAE en que puedo ser tratado, teniendo en cuenta mi domicilio, mis actividades laborales, los horarios más adecuados, la locomoción y la disponibilidad de plazas, todo lo cual ya he realizado.

**ELECCIÓN DEL IMAE:** Se me hace saber también que puedo optar por ser asistido en cualquiera de los IMAE reseñados, a mi libre elección y sin costo alguno de mi parte, siempre que exista la disponibilidad de plazas necesarias y adecuadas para los requisitos particulares de mi tratamiento.

**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 “diálisis en la modalidad de diálisis peritoneal crónica ambulatoria”, al que será sometido, me sea realizado en el IMAE:

\_\_\_\_\_

Habiendo elegido el IMAE, autorizo al Servicio Social del FNR a realizar las coordinaciones necesarias y autorizo al referido IMAE a integrar con los técnicos que el mismo determine, el equipo médico que tendrá a su cargo la realización del tratamiento.

\_\_\_\_\_  
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: \_\_\_\_\_