

## PRÓTESIS DE RODILLA

TIPO:  IMPLANTE  RECAMBIO

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

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

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

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

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

### COBERTURA FINANCIERA DEL ACTO MÉDICO DE "PRÓTESIS DE RODILLA"

Tomo conocimiento que la "prótesis de rodilla" 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 leído

<b>ASOCIACIÓN ESPAÑOLA (UCAL)</b>	<b>SANATORIO AMERICANO (UNCO)</b> Montevideo
<b>BANCO DE PRÓTESIS</b>	<b>SANATORIO AMERICANO (UNCO)</b> Extensión Colonia – CAMEC IAMPP
<b>CASMU</b>	<b>SANATORIO AMERICANO (UNCO)</b> Extensión Paysandú – COMEPA IAMPP
<b>HOSPITAL CENTRAL DE LAS FUERZAS ARMADAS</b>	

**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 de "prótesis de rodilla", 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: \_\_\_\_\_