

## TRATAMIENTO DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA DE ALTA COMPLEJIDAD

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

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

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

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

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

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

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

Tomo conocimiento que el procedimiento "tratamiento de reproducción asistida de alta complejidad" se realiza con cobertura financiera del FONDO NACIONAL DE RECURSOS (FNR). Éste tiene como cometido financiar ciertos actos médicos para todos los habitantes del país. El acto médico al que será sometido es realizado en las Clínicas cuya lista se incluye a continuación y pude leerla o me ha sido leída:

<b>CENTRO DE ESTERILIDAD MONTEVIDEO (CEM)</b>
<b>CENTRO DE REPRODUCCIÓN HUMANA (CERHIN)</b>
<b>CLÍNICA SUIZO AMERICANA</b>

Con la precedente información, dispongo/disponemos y autorizo/autorizamos que el acto médico "tratamiento de reproducción asistida de alta complejidad" al que seré/seremos sometido/s, me 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 paciente**

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

\_\_\_\_\_  
**Firma del médico/a**

\_\_\_\_\_  
**Aclaración**

\_\_\_\_\_  
**Aclaración**

\_\_\_\_\_  
**Aclaración**