

**TRATAMIENTO DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA
DE ALTA COMPLEJIDAD**

CAMBIO DE CLÍNICA

FECHA _____

NOMBRE DEL PACIENTE _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD _____

EDAD _____ DOMICILIO _____ TEL _____

NOMBRE DE LA PAREJA _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD _____

El presente documento tiene por objeto hacer efectivo el derecho que me/nos fuera informado de cambiar de clínica para la realización del procedimiento de Reproducción Humana Asistida de Alta Complejidad que he/hemos consentido el día _____. En dicha fecha opté la Clínica _____ sita en _____. En el día de hoy, dispongo/disponemos y autorizo/autorizamos que mi/ nuestro tratamiento de reproducción humana asistida sea realizado en la Clínica _____ sita en _____. Asimismo autorizo/autorizamos 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.

.....

Firma de la pareja

.....

Aclaración

.....

Firma del médico

.....

Firma de la paciente

.....

Aclaración

.....

Aclaración