

ESTUDIO HEMODINÁMICO PULMONAR POR CATETERISMO CARDIACO DERECHO

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ C.I.: _____

Edad: _____ Domicilio: _____

Departamento: _____ Localidad: _____ Tel.: _____

Nombre del médico: _____ C.I.: _____

COBERTURA FINANCIERA DEL ACTO MÉDICO DE ESTUDIO HEMODINÁMICO PULMONAR POR CATETERISMO CARDIACO DERECHO

Tomo conocimiento que el procedimiento "cateterismo cardiaco derecho" 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 los IMAE cuya lista se incluye a continuación y pude leerla ome ha sido leída:

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA	I.N.C.C.
CÍRCULO CATÓLICO	SANATORIO AMERICANO
HOSPITAL DE CLÍNICAS	SANATORIO AMERICANO Extensión Durazno. CAMEDUR.
I.C.I.	SANATORIO AMERICANO Extensión Salto. Centro de Angiografía del Litoral.
	SANATORIO AMERICANO Extensión Maldonado. Centro Cardiológico Cantegril.

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 "cateterismo cardíaco derecho" al que será 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: _____