

TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE OROFARINGE, HIPOFARINGE Y LARINGE MEDIANTE LÁSER CO2

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ C.I.: _____

Edad: _____ Domicilio: _____

Departamento: _____ Localidad: _____ Tel.: _____

Nombre del médico: _____ C.I.: _____

COBERTURA FINANCIERA DEL ACTO MÉDICO DE "TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE OROFARINGE, HIPOFARINGE Y LARINGE MEDIANTE LÁSER CO2"

Tomo conocimiento que el "Tratamiento del cáncer de orofaringe, hipofaringe y laringe mediante láser CO2" 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 centros cuya lista se incluye a continuación la cual pude leer o me ha sido leído:

CASMU
HOSPITAL DE CLINICAS
S. M. Q. SALTO

ELECCIÓN DEL CENTRO: Se me hace saber que puedo optar por ser asistido en cualquier Centro 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 del Centro.

Con la precedente información, dispongo y autorizo que el acto médico "Tratamiento endovascular de malformaciones arteriovenosas y aneurismas cerebrales", al que seré sometido, me sea realizado en el Centro: _____

Firma del/de la paciente

Firma del médico/a tratante

CONDICIONES DEL PACIENTE QUE IMPIDEN RECABAR SU ELECCIÓN DE CENTRO: En caso de que a juicio del médico existan condiciones que impidan recabar la elección de Centro 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: _____