

**TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE MALFORMACIONES ARTERIOVENOSAS
Y ANEURISMAS CEREBRALES**

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ C.I.: _____

Edad: _____ Domicilio: _____

Departamento: _____ Localidad: _____ Tel.: _____

Nombre del médico: _____ C.I.: _____

**COBERTURA FINANCIERA DEL ACTO MÉDICO DE “TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE MALFORMACIONES
ARTERIOVENOSAS Y ANEURISMAS CEREBRALES”**

Tomo conocimiento que el “Tratamiento endovascular de malformaciones arteriovenosas y aneurismas cerebrales” 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 será sometido es realizado en los centros cuya lista se incluye a continuación la cual pude leer o me ha sido leído:

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA (CARDIOCENTRO)	HOSPITAL REGIONAL DE TACUAREMBÓ
CÍRCULO CATÓLICO	MUCAM (CENTRO ENDOVASCULAR NEUROLÓGICO)
HOSPITAL DE CLÍNICAS	SANATORIO AMERICANO (MONTEVIDEO)
HOSPITAL MACIEL	

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 será 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: _____