

TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA
ELECCIÓN DE INSTITUTO DE MEDICINA ALTAMENTE ESPECIALIZADA (IMAE)

Fecha : _____

Nombre del paciente: _____ C.I.: _____

Edad: _____ Domicilio: _____ Tel.: _____

Nombre del médico: _____ C.I.: _____

COBERTURA FINANCIERA DEL ACTO MÉDICO DE "TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA":

Tomo conocimiento que el "trasplante de médula ósea" se realiza con cobertura financiera del 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 puede leer o me ha sido leída:

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA (niños y adultos)	Br. Artigas y Palmar Tel. 1920
HOSPITAL BRITÁNICO (adultos)	Av. Italia 2420 Tel. 487.10.20
HOSPITAL MACIEL (adultos)	25 de Mayo 174 Tel. 915.10.93
IMPASA (adultos)	Av. L. A de Herrera 2275 Tel. 487.10.16 / 133

ELECCIÓN DE 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 de "Trasplante de Médula Osea", al que será sometido, me sea realizado en el IMAE:

Firma del paciente

Firma del médico 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: _____ Firma: _____

AVAL DE LA INSTITUCIÓN DE ORIGEN:

Institución

Firma del Director Técnico

Sello de la Institución