



CORPORATIVO DE SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS S.A. DE C.V.
AVE. KINO Y CALLE 12 No. 1203 SAN LUIS R.C. SONORA TEL: (653)534-3555

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del Paciente: _____ Sexo: _____ Edad: _____

Registro Administrativo No. _____

Nombre del médico tratante: _____

Diagnosticos: _____

Acto médico – quirúrgico que se propone: _____

Quienes con nuestras firmas validamos este documento, manifestamos que con un lenguaje simple, el médico explicó el plan de manejo propuesto y aclaró cada una de las preguntas que el paciente le planteó, de tal forma que para ambos queda perfectamente claro que tomando en consideración las características personales, individuales del paciente, el acto médico que se requiere, consiste en lo que a continuación se expresa:

Como un hecho sobresaliente debe señalarse que la explicación del médico fue lo suficientemente clara para evidenciar los beneficios que el acto médico propuesto le ofrece al paciente respecto a otras opciones de manejo, sobresaliendo particularmente las siguientes ventajas positivas del procedimiento de atención antes mencionado.

Igualmente se manifiesta que tomando en cuenta las características personales del paciente, el médico describió las complicaciones probables que la literatura médica reporta específicamente para el acto médico que se propone y que después de relacionarlos con los beneficios antes descritos, conjuntamente con el paciente deciden el desarrollo del acto médico propuesto, aceptando que se conocen como posibles riesgos los siguientes:

En forma complementaria se manifiesta también, que cumpliendo con la normatividad correspondiente, el médico explicó el significado de la libertad prescriptiva que solicita como autorización, de tal forma que si el paciente decide otorgar su consentimiento, el médico tratante podrá actuar y resolver la contingencia o urgencia que eventualmente se pudiera presentar, derivadas del acto médico autorizado.

El paciente manifiesta que el médico le explicó suficientemente, que en caso de aceptar el acto médico propuesto, cuenta con la absoluta libertad para revocar este consentimiento en el momento que así lo considere pertinente, reiterando así su absoluto respeto a la libre toma de decisiones.

El paciente hace constar que con la información que le ha proporcionado el médico tratante, es suficiente para razonadamente tomar su decisión sobre el Consentimiento solicitado, y la manifiesta libremente con su nombre y firma en el espacio correspondiente a la opción que considera pertinente.

SE NIEGA A OTORGAR EL CONSENTIMIENTO	SI SE OTORGA EL CONSENTIMIENTO
_____ Nombre y Firma del Paciente o Representante legal	_____ Nombre y Firma del Paciente o Representante legal

MÉDICO

Nombre y Firma

TESTIGOS:

Nombre y Firma

Nombre y Firma

San Luis Río Colorado, Sonora a ____ de _____ 201__.



CORPORATIVO DE SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS S.A. DE C.V.
AVE. KINO Y CALLE 12 NO. 1203 SAN LUIS R.C. SONORA TEL. (653)534-3555

REGISTRO DE ADMISIÓN

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Admisión. _____ No. Registro _____

- 1. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA GENERAL:** El abajo firmante ha sido notificado que el Hospital proporciona solamente atención de Enfermería General. En este sistema el paciente llama a las enfermeras a su lado por medio de una señal de alarma. Si la condición del paciente es tal que requiere atención continua o especial, se acuerda por el presente que dicha atención especial será arreglada por el paciente o su médico. El hospital no asume ninguna obligación o responsabilidad si el paciente o su representante omite proporcionar esta atención especial y el abajo firmante expresamente exime al hospital de toda responsabilidad que surja por no proporcionar el cuidado de enfermería adicional.
- 2. MÉDICOS RESPONSABLES:** El abajo firmante ha sido notificado que el paciente esta en todo momento bajo el control de su médico tratante y acuerda que el hospital no es responsable de ninguna omisión a seguir las instrucciones de su médico de tratante y reconoce que todos los doctores que presentan servicios al paciente son independientes y no empleados del hospital.
- 3. REVELACIÓN DE INFORMACIÓN:** El abajo firmante esta de acuerdo en que el hospital revele los registros del paciente a cualquier persona o compañía que pueda ser responsable por contrato con el hospital o con un miembro de la familia o patrón del paciente, de los cargos totales del hospital. El abajo firmante también acuerda que todas y cada uno de los registros médicos del paciente pueden ser revisados por el hospital sus agentes o delegados.
- 4. VALORES PERSONALES:** El abajo firmante acuerda que el hospital no es responsable por la perdida o daño de cualquier efecto personal, sea de valor extraordinario o no.
- 5. REGLAMENTO HOSPITALARIO:** El abajo firmante acepta haber recibido una copia de el reglamento hospitalario.
- 6. RESPONSABILIDAD DE CARGOS HOSPITALARIOS:** En caso en que el abajo firmante tenga el derecho a beneficios de hospitalización y/o servicios de cualquier tipo por parte de las compañías de trabajo y estas no asumen el total de los gastos, el paciente o su representante serán responsables de las diferencias que no se cubran.
- 7. ACUERDO FINANCIERO:** El abajo firmante esta de acuerdo, que para el ingreso al hospital, deberá entregar un deposito equivalente al 60% de los aranceles establecidos de acuerdo al diagnostico determinado. Así mismo esta de acuerdo, que considerando los servicios prestados al paciente por el Centro Médico del Noroeste, el individualmente y junto con las otras personas firmantes, se obliga a pagar la cuenta del hospital de acuerdo con las tarifas y términos del hospital. Si se diera el caso de que mi cuenta fuera entregada a un abogado para su cobro, yo estoy de acuerdo en que se me cargaran los honorarios y gastos que se incurran en dicho tramite.
- 8. MEDICAMENTOS:** El abajo firmante esta de acuerdo de que al ser dado de alta, y por obligación de este hospital, recibirá remanentes de medicamentos en presentación de soluciones, pomadas y gotas que hayan sido utilizados durante su tratamiento hospitalario y para su uso exclusivo.

EL ABAJO FIRMANTE CERTIFICA QUE HA LEIDO TODO LO ANTERIOR Y QUE ES EL PACIENTE O ESTA DEBIDAMENTE AUTORIZADO COMO SU REPRESENTANTE PARA EJECUTAR Y ACEPTAR LAS CONDICIONES SEÑALADAS EN EL PRESENTE.

FIRMA

PACIENTE

AGENTE DEL PACIENTE O REPRESENTANTE



REGLAMENTO HOSPITALARIO

Estimado Paciente:

El reglamento que se detalla a continuación tiene como finalidad primordial el cuidar la tranquilidad y seguridad tanto de Usted como de nuestros otros pacientes, por lo que le pedimos de la manera más atenta cumplir con lo siguiente:

1. El Horario de Visita a pacientes es de 9:00 a.m. a 9:00 p.m. la entrada es por Recepción principal del Hospital.
2. Si usted se encuentra hospitalizado en cuarto semiprivado puede recibir visitas de una sola persona a la vez, si es cuarto privado de dos personas.
3. Si el paciente se encuentra hospitalizado en Terapia Intensiva, no debe recibir visitas, salvo previa autorización del Médico tratante.
4. Todas las visitas deberán registrarse en la recepción principal del Hospital.
5. No son permitidas por ningún motivo las visitas de personas menores de 13 años.
6. No está permitido ingresar alimentos de ningún tipo a las habitaciones, ya sea para el paciente o para familiares. El Hospital cuenta con servicio de Cafetería, a donde podrán acudir a tomar alimentos aun cuando no sean adquiridos aquí.
7. Las habitaciones cuentan con teléfonos para recibir llamadas sin ningún cargo al paciente, pero si las solicita se le cobrará por llamada local \$5.00 y \$12.00 a teléfonos celulares. Todas las llamadas se cortan a los 3 minutos transcurridos.
8. El Hospital cuenta con estacionamiento propio por el área de urgencias, favor de cerrar sus carros y no dejar a la vista objetos de valor ya que no nos hacemos responsables de robos, extravíos o daños.
9. Al Hospitalizarse no porte objetos de valor ni los deje a la vista ya que no nos hacemos responsables por pérdidas o extravíos.
10. Esta prohibido FUMAR dentro de las habitaciones.
11. Las camas deberán ser utilizadas UNICAMENTE por el paciente, de ninguna manera debe de ser ocupada por otra persona que no sea el paciente ni para acompañar al paciente, le será cargado a su cuenta daños ocasionados a las camas por hacer mal uso de ellas.
12. Estamos a sus ordenes en:
 - ↗ Recepción Principal Ext. 100
 - ↗ Urgencias Ext. 103 y 110
 - ↗ Recursos Humanos Ext. 104 (Horario de Oficina 9:00 a.m. a 5:00 p.m.)
 - ↗ Administración Ext. 105 (Horario de Oficina 9:00a.m. a 2:00p.m. y de 4:00 a 7:00 p.m.)