

CONTRATO DE ADMISIÓN HOSPITAL ALIANZA DEL ECUADOR S.A.

Entre EL HOSPITAL ALIANZA DEL ECUADOR CIA. LTDA., parte al cual en adelante se le denominará "El Hospital" y el (la) Sr. (a) RODRIGUEZ TERAN LUIS ENRIQUE , parte a la cual en adelante se llamará "Contratante" en su calidad de: **a.** Representante de la Compañía () **b.** Representante legal del paciente menor de edad () **c.** Cónyuge del Paciente () **d.** Por sus propios derechos (), celebran el presente contrato, de conformidad con las siguientes cláusulas aquí estipuladas.

CLAUSULA PRIMERA: Objeto del Contrato.- El Objeto del presente contrato es admitir al Paciente a solicitud del Contratante, cuyos datos constan en la cláusula siguiente.

CLAUSULA SEGUNDA: "Datos del Paciente"

PACIENTE N° 1456	FECHA 19/07/2020	HORA 10:41:47	HB. CAMA 303-A	TIPO	SERVICIO - SECCION EMERGENTE	MED. N° 48	CLS. FIN	REL.
APELLIDOS RODRIGUEZ TERAN		NOMBRES LUIS ENRIQUE		C.I. PACIENTE 1703791259		EDAD 67	FECHA 05/07/2020	SEXO M E.C. SOL
DIRECCION DEL PACIENTE GUALLITURO OE9182 Y HUACA CHILUBULO					TELEFONO 022657677		CIUDAD / LUGAR PICHINCHA	
LUGAR DE TRABAJO DEL PACIENTE					TELEFONO		CIUDAD	
NOMBRE DEL FAMILIAR O PERSONA MAS CERCANA DIEGO RODRIGUEZ					PARENTESCO - RELACION HIJO			
DIRECCION DEL FAMILIAR MAS CERCANO GUALLITURO OE9182 Y HUACA CHILUBULO					TELEFONO 022657677		CIUDAD	
NOMBRE DEL GARANTE				GARANTE N°	C.I. DE GARANTE	MONTO GARANTIA		
DIRECCION DEL GARANTE					TELEFONO		CIUDAD	
POLIZA N°	NOMBRE DE LA COMPAÑIA ASEGURADORA				MONTO COBERTURA		TELEFONO	
CONTRATO N°	NOMBRE DE LA COMPAÑIA				MONTO COBERTURA		TELEFONO	
DIAGNOSTICO - MOTIVO INGRESO					FECHA 05/07/2020	ALERGIAS		TIPO DE SANGRE O RH+
FORMA DE PAGO					MEDICO REFERENTE NARANJO . FERNANDO			
OBSERVACIONES PACIENTE PRIVADO							ADMISIONISTA 2,007	

CLAUSULA TERCERA: Obligación y formas de pago.- El Contratante, se obliga a cancelar la totalidad de rubros y facturas por concepto de los servicios que se presten al paciente, así como todos los insumos, medicamentos, máquinas y demás atenciones que le provea El Hospital durante su permanencia en la misma, de acuerdo a las tarifas y tablas de horarios médicos que se le presenten; y, en general todo valor que se genere por su atención y/o gastos que deba cubrir el HAE. Dichos rubros y servicios, deberán ser cancelados al momento que El Hospital presente al contratante o quien lo represente en ese momento las facturas y descargos respectivos, previa a la salida del paciente de las instalaciones de El Hospital.

El contratante expresamente declara que se somete al pago inmediato de las facturas / gastos que El Hospital le presente al momento del alta, facultando a El Hospital la ejecución inmediata de la garantía a la que hace relación la cláusula cuarta del presente contrato en caso de no efectuarse el pago.

En caso de que las obligaciones no sean canceladas oportunamente por el contratante, éste reconoce y se somete al pago de todos los gastos judiciales y extrajudiciales que demande dicha cobranza, incluyendo los honorarios profesionales de los abogados de El Hospital. Se compromete además a reconocer y cancelar a favor de El Hospital el pago máximo de interés convencional por todo el tiempo que se encuentre en mora.

El contratante igualmente reconoce que los profesionales en medicina que han proporcionado sus servicios a favor del paciente, no tienen relación de dependencia alguna con El Hospital y por tanto los honorarios profesionales que éstos facturen deben ser cancelados en forma adicional e independiente a los servicios prestados por El Hospital.

El contratante autoriza a HOSPITAL ALIANZA DEL ECUADOR CIA. LTDA.. a compartir con los burós de crédito legalmente constituidos toda información crediticia que se genere de su relación con dicho centro de salud por los servicios médicos, de diagnóstico y hospitalarios contratados.

CLAUSULA CUARTA: Garantías.- El contratante, a fin de garantizar el oportuno pago de las obligaciones expresadas en la cláusula que precede, hace entrega por valor en garantía a favor de El Hospital, lo siguiente:

Cheque: _____

Voucher: _____

El contratante expresamente asume los cargos y gastos que se le presenten en caso de que la garantía que otorga, deba instrumentarse mediante las formas expresadas en la ley.

Una vez efectuados los pagos a favor de El Hospital ésta procederá a la devolución de la garantía.

Igualmente como garante solidario de las obligaciones asumidas por el contratante, el señor (a) RODRIGUEZ TERAN LUIS ENRIQUE, por sus propios y personales derechos, se constituye como tal, reconociendo que puede ser conminado y requerido en cualquier tiempo y orden a la total cancelación de las obligaciones expresadas en el presente contrato y las facturas que El Hospital emita.

CLAUSULA QUINTA: Condiciones Generales.- El contratante, expresamente se somete a todas y cada una de las condiciones generales de admisión expresadas en el presente contrato y que forma parte integral y habilitante del mismo, así como a las disposiciones reglamentarias que rigen las diferentes actividades que puede realizar dentro del HOSPITAL como horarios de visita e ingresos de menores, uso de las instalaciones y más, con conocimiento que su incumplimiento le hace responsable de cualquier perjuicio o daño que se ocasione al HOSPITAL a éstas puede causarle el pago de penalidades o ejecución de la garantía expresada en la cláusula que precede.

CLAUSULA SEXTA: Controversias.- En caso de suscitarse cualquier tipo de controversia que se derive del presente contrato, las partes expresamente renuncian fuero y domicilio, sometiéndose a los jueces competentes de esta localidad y al trámite que corresponda según el COGEP. a juicio ejecutivo o verbal sumario a elección de El Hospital.

No obstante las partes amparadas en su facultad y derecho a transigir podrán solicitar mediación ante un centro de mediación del Distrito Metropolitano de Quito.

Las partes aceptan y se someten al cumplimiento de la totalidad de cláusulas que preceden y sus anexos integrantes.

En el Distrito Metropolitano de Quito, 19 de julio de 2020

El Hospital

El Contratante

El Garante Solidario

CONDICIONES GENERALES DE ADMISION A HOSPITAL ALIANZA DEL ECUADOR CIA. LTDA.

1. ATENCION DE ENFERMERIA.-

El Hospital proporciona cuidados de Enfermería dentro de los parámetros óptimos de atención. Sin embargo, si el paciente o sus familiares requieren los servicios de un miembro del personal de Enfermería en forma exclusiva, a solicitud de los interesados, El Hospital proporcionará estos servicios a través del Departamento de Enfermería, a costo del paciente o del Contratante.

2. RESPONSABILIDAD MEDICA Y QUIRURGICA.-

El paciente estará en todo momento bajo la responsabilidad directa de su médico tratante; por tal razón El Hospital no se hace responsable por las informaciones o instrucciones impartidas por dicho Médico ni por mala práctica médica. El Contratante autoriza que se realicen al paciente todos los procedimientos clínicos, quirúrgicos, exámenes de Laboratorio, Imagen, otros de diagnóstico, Anestesia y Tratamiento Médico sean estos Generales o Especiales que ordene el Médico Tratante y/o que, por circunstancias de emergencia deban realizarse para salvar la vida del paciente.

3. EXPEDIENTES CLINICOS.-

El Hospital puede entregar una copia del parte o de la totalidad del Expediente clínico del paciente a cualquier persona, corporación, miembro de familia o empleador del paciente, siempre y cuando exista una autorización escrita emitida por él o su representante. Asimismo, entregará estos documentos, de ser requeridos para procedimientos judiciales cuando la autoridad competente lo ordenare legalmente.

4. VALORES PERSONALES.-

El Hospital mantiene una caja de valores para el cuidado de dinero y de los objetos de valor de los pacientes, por los cuales se responsabilizará siempre que éstos le sean entregados para su custodia. Para este efecto firmará un documento separado. El Hospital no se responsabiliza por la pérdida o los daños que pueden sufrir las pertenencias de los pacientes que no le hayan sido expresamente entregados a custodia.

5. FILMACIONES Y FOTOGRAFIAS.-

La filmación, toma de fotografías de procedimientos médicos o quirúrgicos y el uso de éstas para fines científicos, educacionales o de investigación, deberán ser autorizadas por escrito por el paciente, su representante, o por el Contratante; el contratante, su representante o el paciente tampoco podrán realizar dichas fotografías o filmaciones sin autorización escrita de HAE.

6. REGLAMENTO.-

El paciente y sus familiares se comprometen a respetar los reglamentos y disposiciones existentes con respecto al uso de las instalaciones y bienes del HAE, al flujo de pacientes y público, horario de visitas y observaciones de los letreros y demás normas que rigen el funcionamiento de El Hospital.

7. INVENTARIO.-

El contratante se compromete a respetar y entregar debidamente cuidado el inventario tanto de mobiliario como de lencería que se le entregue para uso del paciente. Los faltantes o daños en dichos bienes serán incluidos en la factura del paciente y como tal, deberán ser pagados antes del egreso del paciente.

8. PRESENCIA DE UN FAMILIAR.-

Se requiere la presencia de un familiar en caso de pacientes pediátricos (hasta 10 años), pacientes adultos mayores (a partir de los 65 años) y según condición del paciente determinada por el médico tratante. El acompañante deberá proveerse de su alimentación y cuidado personal fuera de las instalaciones del HAE.

9. CONTRATO DE SERVICIOS ADICIONALES

Yo, RODRIGUEZ TERAN LUIS ENRIQUE, con CI No.1703791259

Libre y voluntariamente, solicito los siguientes servicios adicionales.

10. Autorizo a que mi nombre Y/O hija (o) sea publicado en la página web y/o Redes sociales con fines informativos mientras dure mi estancia en LA HOSPITAL ALIANZA DEL ECUADOR CIA. LTDA.

Firma

Contratante _____

PAGARE

No. _____ Por. _____

Debo (emos) y pagaré (mos) de la fecha en _____, días fijos, en esta ciudad o en lugar en que se reconvenge a la orden del HOSPITAL ALIANZA DEL ECUADOR CIA. LTDA., la cantidad de _____. Esta cantidad me (nos) obligo (amos) a pagar a vencimiento del plazo expresado, en moneda de curso legal. También me (nos) obligo (amos) a pagar el interés del 8% anual desde el vencimiento hasta la completa cancelación y en caso de mora, a pagar todos los gastos judiciales y extrajudiciales que ocasione el cobro, bastando para determinar el monto de tales gastos la sola afirmación del HOSPITAL ALIANZA DEL ECUADOR CIA. LTDA.,

Al fiel cumplimiento de lo acordado me (nos) obligo (amos) con todos los bienes presentes y futuros que poseo (emos) y que llegare (mos) a poseer, y además renuncio (amos) domicilio y toda Ley o excepción que pudiere favorecerme (nos) en juicio o fuera de él. Renuncio (amos) también el derecho a interponer recurso de apelación y el hecho de las providencias que se expidieren en el juicio o juicios a que diere lugar. Se estipula (amos) que el tenedor del presente Pagaré no podrá ser obligado a recibir el pago por partes ni aún por mis herederos o sucesores. Sin protesto.

Exímese de presentación para el pago y de avisos por falta de pago.

Quito, a 19 de julio de 2020 Nombre o Razón Social: RODRIGUEZ TERAN LUIS ENRIQUE

RUC / CC: 1703791259

Vence el.....de.....de.....

VISTO BUENO

_____ Fecha ut-supra

C.I. #: 1703791259

Por aval garantizo (amos) solidariamente y en los mismos términos que anteceden el cumplimiento de todas las obligaciones constantes en este Pagaré.

Este aval lo doy (amos) por cuenta del (de los) suscriptor (es).

Renuncio (amos) domicilio y me (nos) someto (emos) a los mismos jueces y trámite mencionados por el (los) suscriptor (es). Renuncio (amos) a los beneficios de orden, exclusión y división de bienes. Sin protesto. Exímese de presentación para el pago y de avisos por falta de pago.

Quedo (amos) sometido (s) a los jueces competentes de la Ciudad de Quito o a los que elija el HOSPITAL ALIANZA DEL ECUADOR CIA. LTDA..

Quito, a.....dede.....

Nombre o Razón Social: RODRIGUEZ TERAN LUIS ENRIQUE

RUC / CC: 1703791259

Por aval:

Fecha ut Supra

GARANTE

DEUDOR

VISTO BUENO

DEUDOR

Quito, 19 de julio de 2020

"Yo, LUIS ENRIQUE RODRIGUEZ TERAN declaro lo siguiente:

1. Soy paciente privado que acudo al servicio de Emergencia:

Si ☐

No ☐

2. Si tengo protección y/o afiliación a un Seguro o Convenio Privado de Salud nacional e internacional:

Si ☐

No ☐

Nombre del Seguro: _____

3. Cobertura por parte del Seguro General de Salud Individual y Familiar del IESS.

Si tengo protección ☐

No tengo protección ☐

Autorizo de ser necesario se investigue la veracidad de la información proporcionada anteriormente.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

CC.