

## CONTRATO DE ADMISION A LA CLINICA INTEGRAL GRUPO HEALTH S.A

La CLINICA INTEGRAL GRUPO HEALTH S.A., parte al cual en adelante se le denominara "La Clínica" y el (la)

Sr. (a) VILLALBA AVILES VICTORIA PIEDAD

, parte a la cual en adelante se llamará "Contratante" en su

calidad de:

a. Representante de la Compañía

b. Parte 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, cuyos datos constan en la cláusula

**CLAUSULA SEGUNDA: "Datos del Paciente"**

PACIENTE N° 3	FECHA 25/08/2020	HORA 12:27:11	HB. CAMA 239	TIPO	SERVICIO - SECCION CLINICO	MED. N° 30,568	CLS. FIN	REL.
APELLIDOS VILLALBA AVILES		NOMBRES VICTORIA PIEDAD		C.I. PACIENTE 1707886683		EDAD 33	FECHA 30/10/2019	SEXO F
DIRECCION DEL PACIENTE PRUEBA 5		TELEFONO 022422819		CIUDAD / LUGAR PICHINCHA				
LUGAR DE TRABAJO DEL PACIENTE		TELEFONO		CIUDAD				
NOMBRE DEL FAMILIAR O PERSONA MAS CERCANA SANTIAGO		PARENTESCO - RELACION AMIGO						
DIRECCION DEL FAMILIAR MAS CERCAÑO QUITO NORTE		TELEFONO 0999042849		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 30/10/2019		ALERGIAS		TIPO DE SANGRE O RH+
FORMA DE PAGO				MEDICO REFERENTE Estrada Ochoa Ana				
OBSERVACIONES							ADMISIONISTA 1	

**CLÁUSULA TERCERA: Obligación y formas de pago.-** **INGRESADO POR: ADMIN** 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 la clínica durante su permanencia en la misma, de acuerdo a las tarifas y tablas de horarios médicos que se le presenten. Dichos rubros y servicios, deberán ser cancelados al momento que la clínica presente al contratante las facturas y descargos respectivos, previa a la salida del paciente de las instalaciones de la clínica.

El contratante expresamente declara que se somete al pago inmediato de las facturas y gastos que la clínica le presente al momento del alta, facultando a la Clínica 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, este 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 la clínica. Se compromete además a reconocer y cancelar a favor de la Clínica 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 la clínica y por tanto los honorarios profesionales que estos facturen deben ser cancelados en forma adicional e independiente a los servicios prestados por la clínica.

El contratante autoriza a CLINICA INTEGRAL GRUPO HEALTH. a compartir con los buros 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.

**CLÁUSULA 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 la clínica, lo siguiente:

Cheque:

Voucher:

Garantía Bancaria:

Prenda:

Hipoteca:

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 la Clínica está procediendo a la devolución de la garantía.

Igualmente como garante solidario de las obligaciones asumidas por el contratante, el señor (a) \_\_\_\_\_, 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 la clínica emita.

**CLÁUSULA QUINTA: Condiciones Generales.-** El contratante, expresamente se somete a todas y cada una de las condiciones generales de admisión expresadas al reverso del presente contrato y que forma parte integral y habilitante del mismo, con conocimiento que su incumplimiento a estas puede causarle el pago de penalidades o ejecución de la garantía expresa en la cláusula que precede.

**CLÁUSULA 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 juicio ejecutivo o verbal sumario a elección de la Clínica.

No obstante las partes amparadas en su facultad y derecho a transigir y en caso que la Clínica así lo creyere conveniente y no se hubiere iniciado acción judicial alguna podrán solicitar el trámite de mediación, ante el centro Especializado de la Cámara de Comercio del Distrito Metropolitano de Quito.

Las partes aceptan y se someten al cumplimiento de la totalidad de cláusulas que preceden y sus anexos integrantes, dándoles a los mismos la calidad de Título Ejecutivo como documento o convenio reconocido judicialmente, para lo cual expresan dicha aceptación con sus firmas en tres documentos de idéntico valor y tenor, comprometiéndose en el mismo acto a reconocer firma y rúbrica ante un de los Señores Jueces del lo Civil de Pichincha.

En el Distrito Metropolitano de Quito, 25/08/2020

La Clínica

El Contratante

El Garante Solidario

#### **CONDICIONES GENERALES DE ADMISION A LA CLINICA INTEGRAL GRUPO HEALTH**

##### **1. ATENCION DE ENFERMERIA.-**

La Clínica proporciona cuidados de Enfermería dentro de 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, La clínica 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 La Clínica no se hace responsable por las informaciones o instrucciones impartidas por dicho Médico. El Contratante autoriza que se realicen a 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.

##### **3. EXPEDIENTES CLINICOS.-**

La Clínica puede entregar una copia de parte o de la totalidad del Expediente clínico del paciente o 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.-**

La Clínica 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. La Clínica 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.

**6. REGLAMENTO DE VISITAS, CIRCULACION, RESTRICCIONES DE LAS AREAS.-**

El paciente y sus familiares se comprometen a respetar los reglamentos y disposiciones existentes con respecto al flujo de pacientes y público, horario de visitas y observaciones de los letreros y demás normas que rigen el funcionamiento de la Clínica.

**7. INVENTARIO.-**

El paciente o su garante se comprometen a respetar y entregar debidamente cuidado el inventario tanto de mobiliario como de lencería que se le entregue para su uso.

**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.

**9. CONTRATO DE SERVICIOS ADICIONALES**

Yo, VILLALBA AVILES VICTORIA PIEDAD, con CI No. 1707886683  
libre y voluntariamente, solicito los siguientes servicios adicionales \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

En la ciudad de Quito a ..... de ..... del año ..... a las.....

Horas ante el señor Juez.....de lo Civil de Pichincha Dr.

.....  
comparecen.....  
.....

Con el objeto de proceder al reconocimiento de firmas puestas al pie del contrato que antecede.

Al efecto juramentados en legal y debida forma y advertidos de las obligaciones que tienen de decir la verdad así como de las penas de perjurio, manifiestan que: las firmas y rúbricas constantes en dicho documento, son las suyas propias y son las que usan en todo acto público o privado. Terminada la diligencia, firman los comparecientes en unidad de acto con el señor Juez y Secretario que certifica.

\_\_\_\_\_  
Comparecientes

\_\_\_\_\_  
Comparecientes

\_\_\_\_\_  
Comparecientes

\_\_\_\_\_  
El Juez

\_\_\_\_\_  
El Secretario

# DECLARACIÓN DE COBERTURA DE SALUD

"Yo, VILLALBA AVILES VICTORIA PIEDAD, declaro lo siguiente:

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

☐

Si tengo protección

☐

No tengo protección

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

☐

Si tengo protección

☐

No tengo protección

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

C.C. 1707886683

No.

Por.

Debo (emos) y pagaré (mos) de la fecha en \_\_\_\_\_, días fijos, en esta ciudad o en lugar en que se reconvena a la orden de LA CLINICA INTEGRAL GRUPO HEALTH, 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 \_\_\_\_\_% anual desde el vencimiento hasta la completa cancelación y en este caso de mora, a pagar todos los gastos judiciales y extrajudiciales que ocasione e cobro bastando para determinar el monto de tales gastos la sola afirmación del CLINICA INTEGRAL GRUPO HEALTH.

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 estipulo (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 \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de

Nombre o Razón Social

RUC. / CC.

Vence el \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de

VISTO BUENO

\_\_\_\_\_ Fecha ut-supra

C.I. #

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, excusión y división de bienes. Sin protesto. Exímese de presentación para el pago y de avisos por falta de pago y de avisos por falta de pago.

Quedo sometido a los jueces competentes de la Ciudad de Quito o a los que elija el CLINICA INTEGRAL GRUPO HEALTH

Quito, a __de____de	Nombre o Razón Social
	RUC. / CC.
_____ DEUDOR	Por aval: _____
VISTO BUENO	Fecha ut Supra GARANTE
_____ DEUDOR	