

Entre el Centro Médico Quirúrgico Pichincha S. A., parte al cual en adelante se le denominará "La Clínica" y el (la)

Sr. (a) ALMEIDA LUIS HECTOR

, 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 segunda, para prestarle los servicios hospitalarios que sean necesarios, de conformidad con las instrucciones del médico o médicos

CLAUSULA SEGUNDA: "Datos del Paciente"

PACIENTE N° 98308	FECHA 01/02/2012	HORA 12:53:56	HB. CAMA HD10	TIPO	SERVICIO - SECCION CLINICO	MED. N° 424	CLS. FIN	REL.
APELLIDOS ALMEIDA		NOMBRES LUIS HECTOR		C.I. PACIENTE 1701546903		EDAD 77	FECHA 01/02/2012	SEXO M E.C. CAS
DIRECCION DEL PACIENTE SAN JOSE DE MORAN BARRIO ECUADOR LOTE 180						TELEFONO 022033689	CIUDAD / LUGAR PICHINCHA	
LUGAR DE TRABAJO DEL PACIENTE						TELEFONO	CIUDAD	
NOMBRE DEL FAMILIAR O PERSONA MAS CERCANA ELENA ALMEIDA						PARENTESCO - RELACION HIJA		
DIRECCION DEL FAMILIAR MAS CERCANO ZABALA						TELEFONO 022065606	CIUDAD	
NOMBRE DEL GARANTE MARIA PANCHI				GARANTE N°	C.I. DE GARANTE	MONTO GARANTIA		
DIRECCION DEL GARANTE SAN JOSE DE MORAN				TELEFONO 022033639		CIUDAD QUITO		
POLIZA N°	NOMBRE DE LA COMPAÑIA ASEGURADORA					MONTO COBERTURA		TELEFONO
CONTRATO N° 1	NOMBRE DE LA COMPAÑIA					MONTO COBERTURA		TELEFONO
DIAGNOSTICO - MOTIVO INGRESO DISFONIA DE 6 MESES				FECHA 01/02/2012	ALERGIAS		TIPO DE SANGRE vacio	
FORMA DE PAGO				MEDICO REFERENTE MUSHTAQ AHAMAD WALI				
OBSERVACIONES IESS							ADMISIONISTA 2,070	

INGRESADO POR: jdfiallos

CLÁUSULA 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 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 CENMEP S.A. 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 causar 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 uno de los Señores Jueces del lo Civil de Pichincha.

En el Distrito Metropolitano de Quito, 01/02/2012

La Clínica

El Contratante

El Garante Solidario

CONDICIONES GENERALES DE ADMISION AL CENTRO MEDICO QUIRURGICO PICHINCHA S. A.

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.

CONTRATANTE

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

Quito,1 de Febrero de 2012

DECLARACIÓN DE COBERTURA DE SALUD

"Yo, ALMEIDA LUIS HECTOR, declaro lo siguiente:

1. Protección por parte del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito - SOAT:

☐

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. 1701546903

No. Por.

Debo (emos) y pagaré (mos) de la fecha en_____, días fijos, en esta ciudad o en lugar en que se reconvenga a la orden del CENTRO MEDICO QUIRURGICO PICHINCHA CENMEP S.A., la cantidad de_____ esta cantidad me (nos) obligo (amos) a pagar a vencimiento del pazo 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 CENTRO MEDICO QUIRURGICO PICHINCHA CENMEP S.A.

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 CENTRO MEDICO QUIRURGICO PICHINCHA CENMEP S.A.

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