



HOSPITAL DEL VALLE DE ATEMAJAC S.A. DE C.V.

RAMÓN CORONA NO. 55 TELS.: 3853-1041, 3853-1048, 3853-1064, 3853-1074

ATEMAJAC DEL VALLE, ZAPOPAN, JALISCO

R.F.C. HVA-890913-1LO

Nombre: Jorge Alvarez Lozano
Edad: 31 Sexo: Masculino Estado Civil: Casado(a) Tel.: 3333333333
Dirección: Navio
Dirección del lugar de procedencia: Navio
Nombre del Cónyuge: Z
Nombre del Padre: X
Nombre de la Madre: Y
Lugar donde trabaja:
En caso de emergencia avisar a: W
Nombre del médico: juan diaz diaz
Observaciones:

LO SIGUIENTE PERTENECE Y ES PARTE DEL CONTRATO DE SERVICIOS DESCRITOS AL REVERSO DEL PRESENTE

'EL USUARIO' de los servicios cuyos datos generales aparecen en los DATOS GENERALES DE ADMISIÓN al inicio de la presente y/o su familiar responsable y/o su representante legal de nombre manifiesta(n) su voluntad de contratar y servir los servicios de atención médica que proporciona 'EL HOSPITAL' a 'EL USUARIO' autoriza a Dr. juan diaz diaz y a sus colaboradores, para que prescriban, lleven a cabo tratamiento médico que requiera en la atención de su persona, así como la administración de medicamentos y anestésico prescritos. Ambas partes convienen en que en caso de que 'EL USUARIO' esté capacitado para firmar el contrato, lo hará en su nombre y representación la persona denominada en el presente contrato como Familiar Responsable o Representante Legal y será quien se responsabilice de manera solidaria en el cumplimiento de las obligaciones y autorizaciones anteriormente establecidas.

ESTANDO DE ACUERDO CON EL CONTRATO

EL HOSPITAL

EL PACIENTE

FAMILIAR RESPONSABLE

REPRESENTANTE LEGAL

Fecha 13 de agosto de 2015



HOSPITAL DEL VALLE DE ATEMAJAC S.A. DE C.V.

RAMÓN CORONA NO. 55 TELS.: 3853-1041, 3853-1048, 3853-1064, 3853-1074

ATEMAJAC DEL VALLE, ZAPOPAN, JALISCO

R.F.C. HVA-890913-ILO

CONTRATO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA POR COBRO DIRECTO QUE

CELEBRAN EL HOSPITAL DEL VALLE DE ATEMAJAC, S.A. DE C.V. QUIEN EN LO

SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ 'EL HOSPITAL':

Y POR OTRA PARTE EL SR.(A) Jorge Alvarez Lozano

_____ A QUIEN

EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ EL 'EL PACIENTE' Y QUE CELEBRAN AL TENOR

DE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES Y CLAUSULAS:

DECLARACIONES

1. Hospital del Valle de Atemajac S.A. de C.V. Es una empresa legalmente constituida, según las

Leyes Mexicanas, ante la Fé del LIC. MANUEL BAILON CABRERA Notario Público No. 35 de

Guadalajara, Jal. Mediante Escritura Pública No. 27,264 fecha 13 DE SEPTIEMBRE 1989 registrada

en el Registro Público de la Propiedad y del Comercio el 27 DE OCTUBRE DE 1989 bajo inscripción

27-28 de tomo 355 del libro primero del Registro Público de Comercio. Agregó con el Número 21 del

Apéndice 1089 de este libro la documentación respectiva. Representada en la actualidad por el DR.

JAVIER ALCANTAR JARAMILLO como administrador general único.

2a. 'EL HOSPITAL' tiene como objeto la Prestación de Servicios Hospitalarios en General, exámenes

clínicos diagnóstico de enfermedades, análisis de laboratorio y venta de todo tipo de medicamentos.

3a. 'EL HOSPITAL' manifiesta contar con las instalaciones y equipo propios y personal capacitado

necesarios para proporcionar los servicios indicados en el punto que antecede.

4a. El usuario de los servicios o 'El Paciente' cuyos datos generales aparecen en los DATOS

GENERALES DE ADMINISTRACIÓN al inicio de la presente y/o su familiar responsable y/o

representante legal de nombre: W

_____ Manifiesta

(n) su voluntad de contratar y recibir los servicios de atención médica que proporciona 'El Hospital'.

5a. 'El Paciente' es conforme de observar las normas de Reglamento Interno del Hospital.

CLAUSULAS

PRIMERA.- 'El Hospital' se obliga a prestar a 'El Paciente' los siguientes servicios Hospitalarios:

habitacion, quirofano, medicamentos, servicios de enfermeria y dieta prescrita por el médico que le

atienda.

SEGUNDA.- 'El Paciente' se obliga a pagar a 'El Hospital' el importe total de los servicios antes

mencionados, incluyendo los derivados de Rayos X, Laboratorio, Medicinas, Material de Curación, y

demás servicios y/o material que sean respectivamente solicitados por el médico de 'El Paciente',

gastos que se cargaran en la cuenta respectiva de acuerdo a los siguiente procedimientos:

a) 'El Paciente' desde el momento mismo del ingreso podra entregar a 'El hospital' un anticipo sobre

el monto del costo de los servicios que se estimen van a proporcionarle:

b) 'El Hospital' si la estancia se prolonga, semanalmente presentará cuenta parcial a esa fecha que

deberá ser liquidada en ese momento.

c) 'El Paciente' al darse de alta, le será presentada por la administración de 'El Hospital' la factura

total, la cual deberá ser liquidada en ese acto.

d) En caso de que 'El Paciente' liquidara su cuenta mediante la suscripción del pagaré inserto al final

del presente, previa autorización por la Administración de la institución, será extendido a favor de 'El

Hospital' con la leyenda 'NO NEGOCIABLE'.

TERCERA.- 'El Paciente' entrega en este acto a 'El Hospital' en calidad de anticipo la cantidad de: \$

(_____)

_____)

Esta cantidad será aplicada a cuenta del precio total y si al hacerlo resultare un remanente a favor del

primero, le será reintegrado en efectivo al momento de darse de alta.

CUARTA.- 'El Paciente' se dará de alta por indicación y autorización médica y/o solicitud voluntaria

del 'El Paciente' o de su representante legal y por defunción.

QUINTA.- 'El Paciente' se obliga a cumplir con el reglamento interno y demás disposiciones de 'El

Hospital' y como esta es una institucion abierto al cuerpo médico lo releva de responsabilidad médica.

SEXTA.- 'El Paciente' autoriza al Dr juan diaz diaz

_____ y a sus

colaboradores para que prescriban, lleven a cabo tratamiento médico que requiera en la atención de su

persona, así como la administración de medicamentos y anestésicos prescritos.

SEPTIMA.- 'El Hospital' se obliga a respetar los precios de los medicamentos e insumos que sean

suministrados al paciente, los cuales no deberán ser mayores al precio máximo de venta al público

indicados en la presentación de estos productos. Asimismo el prestador del servicio se obliga a

entregar al momento de que el paciente egrese del 'El Hospital' los medicamentos o insumos no

consumidos.

OCTAVA.- 'El Hospital' no se hace responsable de ningún valor o dinero del usuario que no sea

depositado para su resguardo en administración.

NOVENA.- Ambas partes convienen en que en caso de que 'El Paciente' esté incapacitado para firmar

el contrato, hará en su nombre y representación la persona denominada en el presente contrato y como

Familiar Responsable o Representante Legal y será quien se responsabilice de manera solidaria en el

cumplimiento de las obligaciones y autorizaciones anteriormente establecidas.

DÉCIMA.- El lugar de donde serán prestados los servicios médicos hospitalarios serán en las

instalaciones de 'El Hospital' ubicadas en Ramón Corona Np. 55 Atemajac del Valle, Zapopan,

Jalisco.

DECIMA PRIMERA.- 'El Paciente' para hacer uso de los servicios que presta 'El Hospital' deberá

cutbrir con los siguientes requisitos

a) Proporcionar la información a DATOS GENERALES DE ADMISIÓN.

b) Darse por enterado de los aspectos principales del reglamento Interno del Hospital que le serán

proporcionados mediante la entrega de un folleto adicional al presente contrato.

c) Dar su conformidad respecto de la categoría, tipo y costo de los servicios de atención médica que

previamente le fueron presentados mediante el Catálogo de Servicios y Precios.

d) A firmar el presnete contrato o en su defecto su familiar responsable o representante legal.

DÉCIMA SEGUNDA.- Para la aplicación o suministro a 'El Paciente' de medicamentos, de servicios

auxiliares de diagnóstico o tratamiento e insumos se observará el siguiente procedimiento:

a) deberá recabarse invariablemente la autorización e indicaciones de:

1a.- El médico de 'El Paciente' designado por el mismo o

2a.- En ausencia del primero o de carencia de sus indicaciones por el médico residente en turno.

DÉCIMA TERCERA.- Para efectos de proporcionar el tratamiento médico de intervención quirúrgica

o de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento y demás servicios de atención médica que

requiera 'El Paciente' se observará el procedimiento siguiente:

a) Le será proporcionado a 'El Paciente' o en su defecto a su familiar responsable o a su representante

legal en forma separada una Hoja de Consentimiento Quirúrgico que deberá ser requisitado por la

autorización de este tipo de servicios como también de los servicios auxiliares necesarios de

diagnóstico que sean inherente y medicamentos congruentes.

DÉCIMA CUARTA.- Para efectos de la atención de cualquier reclamación por parte de 'El Paciente'

o del familiar responsable o de su representante legal, 'El Hospital' cuenta con el personal que le

atenderá en la ventanilla de la administración de la institución en donde se hará del conocimiento de

ellos el nombre de cada encargado de turno.

DÉCIMA QUINTA.- Para la interpretación y cumplimiento del presente contrato LAS PARTES se

someten a la competencia de la PROCURADURÍA FEDERAL DEL CONSUMIDOR LEÍDO QUE

EL PRESENTE CONTRATO POR QUIEN EN EL INTERVIENEN Y CONOCEDORES DE SU

CONTINUIDAD LO SUSCRIBEN EN ORIGINAL Y COPIA EN LA CIUDAD DE

GUADALAJARA, JALISCO A LOS DÍAS DEL MES DE DEL AÑO

'EL HOSPITAL'

'EL PACIENTE'

FAMILIAR RESPONSABLE

REPRESENTANTE LEGAL





HOSPITAL DEL VALLE DE ATEMAJAC S.A. DE C.V.

RAMÓN CORONA NO. 55 ATEMAJAC DEL VALLE ZAPOPAN JALISCO

-AVISO DE PRIVACIDAD-

RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

HOSPITAL DEL VALLE DE ATEMAJAC S.A. DE C.V. ('Hospital del Valle de Atemajac') con domicilio en Ramón Corona # 55 Colonia Atemajac del Valle, Zapopan Jalisco México CP 44510, es responsable de tratamiento de sus datos personales conforme a este aviso de privacidad.

FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE LOS DATOS PERSONALES

Los Datos Personales en posesión de Hospital del Valle de Atemajac serán utilizados para:

- Prestación de servicios médico-hospitalarios, incluyendo sin limitar hospitalización, cirugía, estudios diagnósticos, atención de enfermería, servicios farmacéuticos, análisis de laboratorio, radiología e imagen, estudios y análisis patológicos, terapia, rehabilitación, dieta y nutrición y demás fines relacionados con servicios de salud.
- Creación, estudio, análisis, actualización, y conservación del expediente clínico.
- Facturación y cobranza por servicios.
- Estudios, registros, estadísticas y análisis de información de salud.
- Conservación de registros para seguimiento a servicios, prestación de servicios en el futuro y en general para dar seguimiento a cualquier relación contractual.
- Análisis estadístico y de mercado.
- Promoción y mercadeo de productos y servicios de Hospital del Valle de Atemajac.

DATOS SENSIBLES

Hospital del Valle de Atemajac recabará y tratará datos sensibles, relacionados con el estado de salud, antecedentes e historial clínico, información sobre modo de vida y otros datos necesarios o convenientes para los fines arriba señalados. Los datos personales sensibles serán mantenidos y tratados con estricta seguridad y confidencialidad para fines relacionados con la prestación de servicios de salud y conforme a este aviso de privacidad y la legislación, reglamentos y normativa aplicable.

TRANSFERENCIA

Para la prestación de servicios Hospital del Valle de Atemajac puede transferir dentro y fuera del país, los datos personales en su posesión a terceros subcontratados para fines relacionados con los señalados en este aviso de privacidad. Dentro de los terceros a los que se transferirán dichos datos se incluyen sin limitar laboratorios, hospitales, centros de investigación, aseguradoras, así como a autoridades que considere necesario o conveniente comunicar datos personales.

LIMITACION DE USO Y DIVULGACIÓN DE DATOS PERSONALES

Para limitar el uso de sus datos personales, favor de enviar un correo electrónico a contacto@hva.mx o notificación por escrito a Ramón Corona # 55 Colonia Atejamac del Valle, Zapopan Jalisco México CP 44510 dirigida al Departamento de Administración en el que señale la limitación al uso de sus datos deseada.

MEDIOS PARA EJERCER DERECHOS ARCO (ACCESO, RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN Y OPOSICIÓN)

Para tener acceso a los datos personales que Hospital del Valle de Atemajac posee, así como para rectificarlos en caso de que éstos sean inexactos o incompletos, o para cancelarlos u oponerse a su tratamiento para ciertos fines, favor de presentar una solicitud por escrito dirigida a nuestro departamento de Administración en contacto@hva.mx o notificación por escrito a

Ramón Corona # 55 Colonia Atejamac del Valle, Zapopan Jalisco México CP 44510 de lunes a viernes de 9:00 a 14:00 hrs.
que contenga la siguiente información:

Nombre del titular

Domicilio del titular o dirección de correo electrónico para comunicar respuesta a solicitud

Documentos que acrediten identidad o autorización para representarlo en la solicitud

Descripción de datos personales sobre los que se pretende ejercer algún derecho

Cualquier otro elemento que permita la localización de los datos personales y atención a la solicitud.

MEDIOS PARA REVOCAR CONSENTIMIENTO

En cualquier momento puede solicitar la revocación del consentimiento otorgado a Hospital del Valle de Atemajac para tratar sus datos personales enviando una solicitud por escrito dirigida al Departamento de Administración a contacto@hva.mx o enviando una notificación por escrito a Ramón Corona # 55 Colonia Atejamac del Valle, Zapopan Jalisco México CP 44510 de lunes a viernes de 9:00 a 14:00 hrs. en la que se detalle claramente los datos respecto de los que se revoca su consentimiento.

NOTIFICACIÓN DE CAMBIOS AL AVISO DE PRIVACIDAD

El presente Aviso de Privacidad podrá ser modificado en cualquier momento para cumplir con actualizaciones legislativas, jurisprudenciales, políticas internas, nuevos requisitos para la prestación de servicios de Hospital del Valle de Atemajac o cualquier otra causa a entera discreción de Hospital del Valle de Atemajac. En tal caso, las modificaciones estarán disponibles en nuestra página de internet://www.hva.mx

Enterado del contenido del presente Aviso de privacidad, consiento que mis datos personales sean tratados conforme a los términos y condiciones que se desprenden del presente documento.

Nombre: Jorge Alvarez Lozano

Firma: _____

Yo: Jorge Alvarez Lozano

No consiento que mis datos sean transferidos en los términos del presente
aviso de privacidad.

Firma:_____

En caso de obtener datos de Menores de Edad o Personas Legalmente Incapacitadas:

Nombre del titular de los datos personales: _____

Nombre y Firma del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal: _____

Zapopan, Jalisco, México a 13 días del mes de agosto del año 2015



HOSPITAL DEL VALLE DE ATEMAJAC S.A. DE C.V.

RAMÓN CORONA NO. 55 TELS.: 3853-1041, 3853-1048, 3853-1064, 3853-1074

ATEMAJAC DEL VALLE, ZAPOPAN, JALISCO

R.F.C. HVA-890913-1LO

HOJA DE ADMISIÓN

NO PACIENTE: 5 CUARTO: Cuarto 9 CAMA: _____
NOMBRE: Jorge Alvarez Lozano EDAD: 31
TELEFONO.: 3333333333 SEXO: Masculino
DOMICILIO: Navio ESTADO CIVIL: Casado(a)
COLONIA: La Calma OCUPACIÓN: Estudiante
CIUDAD: Zapopan
ESTADO: Jalisco

MADRE: Y RESPONSABLE: W
PADRE: X TEL. RESP.: 2222222222
CONYUGE: Z

PARA USO EXCLUSIVO DEL HOSPITAL

FECHA DE ADMISIÓN: 14-08-2015 HORA DE ADMISIÓN: 19:44:40
FECHA DE SALIDA: _____ HORA DE SALIDA: _____
ANTICIPO: _____

DIAGNOSTICO DE ADMISIÓN: _____
DOCTOR: Juan diaz diaz

OBSERVACIONES:

Por medio de la presente, autorizo a los médicos del Hospital del Valle de Atemajac, S.A. de C.V., para que se de me la atención médica o quirúrgica, que ellos juzguen convenientes para recobrar mi salud, así como para que se me practiquen los exámenes de laboratorio o Rayos X que amerite. Estoy enterado de los riesgos inherentes a los medicamentos que se administren, así como el riesgo del acto Quirúrgico tanto dn el Trans como en el Post-Operatorio, así como el anestésico. En pleno uso de mis facultades acepto y doy autorización y no serán responsables del resultado, cualquiera que este sea.

FIRMA DEL PACIENTE:

FIRMA DEL DOCTOR:



HOSPITAL DEL VALLE DE ATEMAJAC S.A. DE C.V.

RAMÓN CORONA NO. 55 TELS.: 3853-1041, 3853-1048, 3853-1064, 3853-1074

ATEMAJAC DEL VALLE, ZAPOPAN, JALISCO

R.F.C. HVA-890913-1LO

Zapopan, Jalisco a fechaadmisión

PAGARÉ

Por medio del presente pagaré, el suscrito(a) Jorge Alvarez Lozano, reconozco que debo y prometo que pagaré incondicionalmente el día _____, a la orden del HOSPITAL DEL VALLE DE ATEMAJAC, S.A. de C.V. en el domicilio ubicado en CALLE RAMÓN CORONA NUMERO 55, COLONIA ATEMAJAC DEL VALLE, ZAPOPAN, JALISCO, la cantidad de _____ M.N., por el valor de los servicios médicos y hospitalarios recibidos a mi entera satisfacción.

Si no fuere puntualmente cubierto a su vencimiento la totalidad del importe que debo pagar al HOSPITAL DEL VALLE DE ATEMAJAC S.A. DE C.V., conforme a este pagaré, los suscritos prometemos pagar incondicionalmente un interés mensual moratorio equivalente a la tasa que publique mensualmente el Banco de México por concepto de Certificados de Tesorería (CETES) con vencimiento a 28 (veintiocho) días, más 5 (cinco) puntos aplicando adicionalmente a la cantidad que resulte el 1.5% (uno punto cinco por ciento), hasta la total liquidación del adeudo.

Nombre del Suscrito: Jorge Alvarez Lozano

Domicilio: Navio

Quien cuenta con facultades suficientes para suscribir el presente título por su propio derecho.

El suscriptor conviene en hacer todos los pagos respecto del principal e intereses ordinarios y moratorios de este PAGARÉ, libres, exentos y sin deducción alguna por concepto o a cuenta de cualquier impuesto, contribución, tributo, deducción, carga o retención o cualquier otra responsabilidad fiscal que grave dichas cantidades en la actualidad o en lo futuro, pagadera en cualquier jurisdicción.

Así mismo, el suscrito Jorge Alvarez Lozano, por medio del presente pagaré, acepto constituirme como aval del señor(a) _____, por lo que reconozco y prometo que pagaré incondicionalmente el día _____, a la orden del HOSPITAL DEL VALLE DE ATEMAJAC, S.A. de C.V. en la ciudad de Zapopan, Jalisco, la cantidad de _____ M.N., por el valor de los servicios médicos y hospitalarios recibidos a su entera satisfacción en caso de que dicha persona no realice el pago.

Nombre del aval: _____

Dirección: _____

Población: _____

Para todo lo relativo a la interpretación y cumplimiento de este PAGARÉ, los suscriptores señalan y se someten expresamente a la jurisdicción y competencia de los Juzgados y Tribunales del Primer Partido Judicial del Estado de Jalisco con residencia en la ciudad de Zapopan, Jalisco, renunciando clara y terminantemente a cualquier otro fuero que pudiese corresponderle por razón de su domicilio presente o futuro.

El presente PAGARÉ consta de una página y se suscribe en la ciudad de Zapopan, Jalisco, el día 14-08-2015

Jorge Alvarez Lozano

DEUDOR

AVAL