



Clínica Especializada de Azuero
CUIDANDO TU SALUD

Pegar Label Aquí

ACUERDO DE RELEVO DE RESPONSABILIDAD GENERAL

1) DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE PACIENTE1		APELLIDOS PACIENTE2 GENERICO1 GENERICO2	
FECHA DE NACIMIENTO 12/12/1985	CÉDULA/PASAPORTE SIN_IDENTIFICACION-D	SEXO F	

2) DATOS DEL SOLICITANTE (Completar cuando el solicitante no sea el propio paciente)

NOMBRE Y APELLIDOS		CÉDULA/PASAPORTE
VINCULACIÓN ENTRE SOLICITANTE Y PACIENTE <input type="checkbox"/> ESPOSO(A) <input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL		

3) RELEVO DE RESPONSABILIDAD

Este acuerdo libera de toda responsabilidad civil, financiera y de cualquier tipo a la clínica especializada de azuero y así como al Dr. _____ y personal del hospital por las lesiones que pueden darse al _____ debido a que la condición clínica de gravedad e inestabilidad de la paciente y su propio diagnóstico conlleva a que sea la única alternativa de tratamiento posible.

Reconozco que se me ha informado con claridad de los riesgos que implica _____, por lo tanto asumo las

consecuencias de las mismas. También acepto que el personal médico y el personal del hospital han me han explicado todo lo concerniente a esta situación y que esta decisión la he tomado voluntariamente y estoy de acuerdo con la descripción de los hechos.

Situación (describa brevemente)

Firma del Paciente _____ CIP _____ Fecha: _____ o

Firma del Familiar responsable _____ CIP _____ Fecha: _____

Firma Médico _____ CIP: _____ Fecha: _____

Firma del Testigo _____ CIP: _____ Fecha: _____

(Firmará en ausencia de la firma del médico)



Clínica Especializada de Azuero
CUIDANDO TU SALUD

Políticas para Pacientes y Visitantes

En la Clínica Especializada de Azuero estamos comprometidos con su salud, por eso constantemente nos esforzamos para ofrecerle mejor servicio a nuestros pacientes. En la mayor parte de los casos, las visitas de amigos y familiares son bienvenidas y contribuyen a la recuperación del paciente. Por favor revise nuestro reglamento y horario. Si usted requiere más información sobre un paciente o una situación en particular, por favor contacte al área de recepción para que notifique a su médico

1. El horario de visita es de 8:00 am a 9:00 pm. Por seguridad de todos los usuarios y de nuestro personal respetar estos horarios, de ser necesario ingresar o salir, favor notificar a enfermería, para que soliciten al personal de vigilancia abrir la puerta. Es importante identificarse.
2. Silencio. Es conveniente mantener el silencio en la medida de lo posible y limitar el número de acompañantes a un máximo de tres personas. Moderar el tono de voz y de cualquier medio audiovisual ayuda a respetar el descanso de los pacientes.
3. Se pide sean respetados los señalamientos internos, así como guardar silencio en las salas de espera, pasillos y habitaciones, en general mantener el orden en las instalaciones del hospital.
4. Se deberá usar vestimenta adecuada en las áreas restringidas cuando se le indique.
5. Se debe mantener el orden dentro de las instalaciones.
6. Por disposición del Ministerio de Salud, las visitas a menores de 12 años, queda a criterio de los familiares, exonerando al hospital de cualquier enfermedad intrahospitalaria o accidente que ocurra dentro o fuera del hospital, todo esto, es con el fin de proteger a los pequeños.
7. Por el bienestar de nuestros pacientes, sólo se permite un máximo de 3 visitantes a la vez por habitación.
8. Los pacientes deberán estar acompañados por un familiar o un responsable durante su hospitalización.
9. Todo paciente menor de edad que se encuentre hospitalizado deberá estar acompañado de un familiar mayor de edad de manera permanente.
10. Las puertas de las habitaciones deben permanecer cerradas.
11. Por higiene y seguridad, los familiares y visitantes no deberán sentarse o acostarse en la cama del paciente.
12. El médico tiene la facultad de prohibir visitas al paciente.
13. Por seguridad del paciente no deberá salir de su habitación para paseo, salvo indicación médica y únicamente en el pasillo de su área de hospitalización.
14. Se prohíbe introducir todo tipo de mascotas.
15. Como medida de seguridad en la atención, los pacientes durante su estancia no deberán retirarse de su habitación a otras áreas del hospital, previo aviso al personal de enfermería.
16. En caso de que su médico le recomiende caminar le solicitamos hacerlo en el piso en donde se encuentra hospitalizado, ya que por su seguridad no se le permitirá bajar por los elevadores o escaleras.
17. Todos los medicamentos que requiera durante su estancia hospitalaria serán proporcionados por el hospital. No está permitido que usted o sus familiares, ingresen medicamentos para consumo que no hayan sido suministrados por el hospital. Lo anterior es por su seguridad, con la finalidad de disminuir los riesgos en el proceso de medicación.
18. La alimentación del paciente es parte de su tratamiento, le recomendamos cuidar que su paciente no ingiera alimentos y bebidas fuera de los indicados por su Médico tratante.

19. Sólo se podrán tomar videos y fotografías, con autorización de su médico.
20. Pasadas las 9:00pm solo podrá permanecer un acompañante por paciente en la habitación.
21. Está prohibido permanecer en las salas de espera después de la hora de visita (9:00pm). Así mismo, queda prohibido el consumo de alimentos en estas áreas.
22. En caso de traer consigo estudios especiales, favor de recoger originales antes de su salida.
23. En caso de traer consigo estudios especiales, favor de recoger originales antes de su salida.
24. En caso de que el paciente sea trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos, el familiar responsable y/o visitante, deberá de desocupar la habitación y seguir las políticas de horarios de visita UCI.
25. Visitas a pacientes de UCI Por seguridad y comodidad
de los pacientes sólo se admitirá una visita a la vez por paciente. si usted tiene más personas que deseen pasar, le suplicamos se alternen.
26. Cuidados Intensivos. Lunes a domingo de 8:00am a 9:00pm.
27. Por seguridad de los pacientes neonatos, las visitas tendrán como duración máxima 15 minutos y sólo el padre o la madre del recién nacido. Se les solicitará: Colocarse bata, Colocarse gorro, Usar cubre bocas, Llevar a cabo la higiene de manos y seguir las instrucciones de la enfermera(o) encargada(o) del paciente.
28. La información del estado del paciente sólo será proporcionada personalmente por el médico tratante al familiar responsable, no se dará información vía telefónica.
29. Mientras el paciente se encuentra en el Salón de Operaciones, se recomienda a los familiares permanecer en la sala de espera o en la habitación asignada. Al finalizar la cirugía, el médico tratante o enfermera les avisará el resultado de su familiar
30. **Se prohíbe pegar cualquier tipo adorno o globos en las paredes y puertas, en caso de hacerlo y que la infraestructura sufra algún daño, será cargado a la cuenta.**
31. **Queda estrictamente prohibido fumar, ingresar o ingerir bebidas alcohólicas dentro de las instalaciones del hospital**
32. **Por bienestar y respeto a nuestros pacientes, no se permite ningún tipo de festejo en las habitaciones.**

EL HOSPITAL NO SE HACE RESPONSABLE DE LOS OBJETOS DE VALOR, DE USO PERSONAL, COMO PRÓTESIS DENTALES, AUDITIVAS, GAFAS, JOYAS, DINERO, OTROS..., DEL PACIENTES NI DE LOS ACOMPAÑANTES, SALVO QUE SEAN ENTREGADOS PARA SU CUSTODIA EN ADMINISTRACIÓN.

Cuando el médico le de salida hospitalaria al paciente, todos los objetos personales (incluida su propia medicación) deberán ser retirados por el paciente, familiar o acompañante, en caso contrario, el hospital no se hará responsable de dichos objetos, ni de su pérdida o destrucción.

Agradecemos su colaboración.

Nombre del Paciente o Familiar Responsable:	<u>PACIENTE1 PACIENTE2 GENERICO1 GENERICO2</u>
Firma del Paciente o Familiar Responsable:	<u></u>
Cédula del Paciente o Familiar Responsable:	<u>SIN_IDENTIFICACION-D</u>
Fecha	<u>16/05/2024</u>



Clínica Especializada de Azuero
CUIDANDO TU SALUD

16/05/2024 11:49:42 AM

ADMISIÓN CONSENTIMIENTO FINANCIERO

1. Reconocemos que el hecho de ser admitido en cualquier forma en el Hospital CLINICA ESPECIALIZADA DE AZUERO S.A o en cualquiera de sus entidades afiliadas, par recibir tratamiento, procedimientos médicos o quirúrgicos, generarán gastos que se reflejarán y se nos comunicarán en un estado de cuenta, el cual desde este momento nos comprometemos a cubrir en su totalidad.
2. Nos comprometemos a que en este caso de utilizar un seguro de hospitalización, cualquier suma que éste seguro no cubra, será pagada por nosotros una ves nos sea notificada, por parte del Hospital CLINICA ESPECIALIZADA DE AZUERO S.A o por la Compañía de Seguros, la suma adeudada.
3. Nos comprometemos a hacer todos los abonos al estado de cuenta que nos solicite el Hospital CLINICA ESPECIALIZADA DE AZUERO S.A, durante la estadía de EL PACIENTE en sus instalaciones.
4. Reconocemos, que al expedirse el estado de cuenta puede que el mismo no incluya la totalidad de los cargos y honorarios médicos generados a la fecha de corte, ya sea porque los mismos no han sido procesados o presentados por los médicos o proveedores.
5. En caso de no estar en capacidad par cubrir los gastos ocasionados durante la hospitalización, expresamente autorizamos al Hospital CLINICA ESPECIALIZADA DE AZUERO S.A a trasladar al PACIENTE a una institución pública de salud.
6. De requerir traslado a otra institución por cualquier motivo, cancelaremos el saldo del estado d cuenta antes del traslado.
7. Por este medio autorizamos expresamente y de manera irrevocable al Hospital CLINICA ESPECIALIZADA DE AZUERO S.A, sus representantes, funcionarios o agentes a solicitar información e investigar nuestro historial de crédito en cualquier agencia de información de datos y de referencias crediticias, en cualquier momento y cuantas veces lo requiera, sin solicitarnos autorización cada vez que lo haga.
8. Autorizamos al Hospital CLINICA ESPECIALIZADA DE AZUERO S.A a proporcionar nuestro historial de crédito a cualquier agente económico y agencia de información de datos y de referencias crediticias (APC) según su criterio.
9. Reconocemos que el Hospital CLINICA ESPECIALIZADA DE AZUERO S.A, sus representantes, funcionarios o agentes no serán responsables por errores en los datos existentes en nuestro historial de crédito ni por posibles daños y perjuicios que lo contenido en el mismo pueda ocasionar.
10. Autorizamos al Hospital CLINICA ESPECIALIZADA DE AZUERO S.A a suministrar a la Compañía de Seguros correspondientes, toda a información médica u otra información relacionada a mi Historial Médico requerido para el análisis de cualquier reclamación para el pago por los servicios brindados. Esta autorización se extiende a la autorización para reproducir fotocopias a petición de la Compañía de Seguros correspondientes.
11. Por este medo reconozco que he recibido el documento de los Derechos y Responsabilidades del Paciente. Entiendo que existe personal profesional disponible para explicar este documento.

Aceptamos todos los términos y condiciones que constan en el presente documento:

Nombre Completo del Paciente

PACIENTE1 PACIENTE2 GENERICO1 GENERICO2

Firma del Paciente

Cédula

SIN IDENTIFICACION

Nombre Completo de la Persona Responsable (entiéndase como persona responsable los esposos, padre, madre o tutor)

Firma de la persona responsable _____

Cédula _____

Firma de ruego (se hará únicamente cuando la persona no pueda firmar y le pida a alguien que lo haga por ella)

Nombre completo del Firmante _____

Firma _____

Cédula _____

Nombre completo del Testigo 1 _____

Firma del Testigo 1 _____

Cédula _____



Clínica Especializada de Azuero
CUIDANDO TU SALUD

Nombre completo del Testigo 2 _____
Firma del Testigo 2 _____
Cédula _____

Huella digital del paciente

En este caso de paciente inconsciente o incapaz de tomar decisiones al momento de admisión firmarán dos testigos el presente documento (Si viene acompañado uno de los testigos debe ser el acompañante)

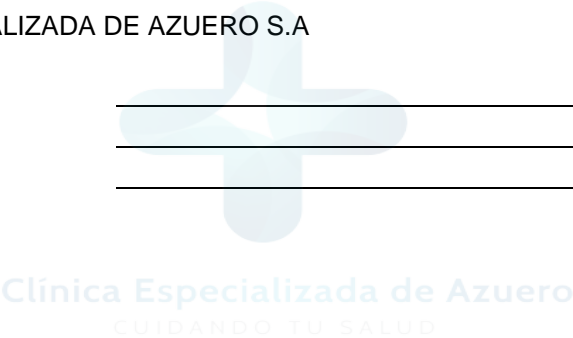
Nombre completo del Testigo 1 _____
Firma del Testigo 1 _____
Cédula _____

Nombre completo del Testigo 2 _____
Firma del Testigo 2 _____
Cédula _____

Para el HOSPITAL CLINICA ESPECIALIZADA DE AZUERO S.A

Nombre completo del Funcionario _____
Firma del Funcionario _____
Cédula del Funcionario _____

Fiador Solidario:



Por este medio me comprometo irrevocablemente ante el Hospital CLINICA ESPECIALIZADA DE AZUERO S.A a quien éste designe, a pagar solidariamente la obligación contraída mediante este documento en el caso que no sea pagada por el Paciente o el Responsable del Paciente.

Nombre completo _____
Firma del Fiador Solidario _____
Cédula o Pasaporte del Fiador _____

Fecha: Panamá, 16/05/2024 11:49:42 AM