



Clínica Especializada de Azuero  
CUIDANDO TU SALUD

11/04/2024 11:18:48 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

PRUEBA SIGMA

Firma del Paciente

Cédula

8-00-1001-2155

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)

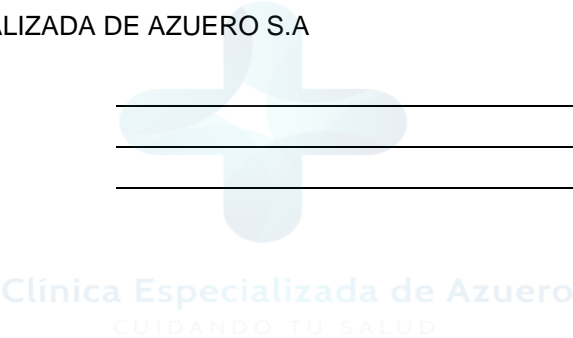
Nombre completo del Testigo 1 \_\_\_\_\_  
Firma del Testigo 1 \_\_\_\_\_  
Cédula \_\_\_\_\_

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, 11/04/2024 11:18:48 AM