

**SALON DE OPERACIONES**  
**HOJA DE CUENTA DE GASAS E INSUMOS**

NOMBRE DEL PACIENTE: Elida Campos  
CEDULA: 2-54-559 EDAD: 81 años DIRECCIÓN: Santiago

DIAGNÓSTICO: Cataratas ojo derecho  
CIRUGÍA: FACO (catarata) op. derecho

CIRUJANO: Dr. Mora ASISTENTE: \_\_\_\_\_  
ANESTESIOLOGO: Dr. C. Hernandez ASISTENTE: \_\_\_\_\_  
INSTRUMENTISTA: C. Gutierrez CIRCULANTE: Ale. V. G. J.

**TIEMPO QUIRÚRGICO:**

ENTRADA A QX: 11<sup>30</sup> am. INICIO DE CX: 11<sup>50</sup> am. TERMINA CX: 12<sup>00</sup> pm SALIDA DE QX: \_\_\_\_\_

**EN CASO DE CESAREA:**

HORA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ PEDIATRA: \_\_\_\_\_

GASAS RAYTEX	INSUMOS GENERALES	INSUMOS
<b>CUENTA COMPLETA</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	1- paquete de gasas 1- ped. de opio 1- jeringuilla 3 c.c. 2- jeringuilla 1 c.c. insulina 3- paquete de hisopos 1- agujas retorcidas 1- punta nasal de oxígeno	<b>BISTURI:</b>
		<b>SUTURAS:</b>
<b>VENDAS ABDOMINALES</b>		
<b>CUENTA COMPLETA</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO MEDICO Y QUIRURGICO

**Nombre Completo:** ELDA CLEMITA CAMPOS CARRION

**Fecha Nacimiento:** 09/11/1941

**Mi (s) médico (s) me han informado que él (los) procedimiento (s) que planifica (n) hacerme es (son) el (los) siguientes, cirugía o tratamiento propuesto a realizar**

---

---

---

MEDICA NORTE NUEVO SANTIAGO, S.A. y todas sus afiliadas considera que usted tiene derecho a ser informado (a) y tomar decisiones con respecto a los tratamientos y procedimientos médicos y/o quirúrgicos que se le efectúen. Usted debe ser parte de la decisión de este proceso. Su (s) médicos debe (n) proveerle la información sobre el tratamiento médico quirúrgico propuesto basado en su condición.

La información siguiente contiene un texto estándar de consentimiento informado para procedimientos médicos y quirúrgicos, utilizado tanto para procedimientos menores como en los más complicados y serios. No ha sido elaborado por asustarlo o alarmarlo, es un esfuerzo para que usted sea RAZONABLEMENTE INFORMADO (A) y explicarle que TODOS los procedimientos conllevan riesgos. Por ejemplo, en muchas operaciones solo presentan la posibilidad remota de necesitar transfusiones sanguíneas, sin embargo las mismas son mencionadas en este texto.

**Si usted no comprende algo PREGUNTE a su(s) médico (s).**

**Si usted tiene dudas o preguntas no contestadas NO FIRME ESTE DOCUMENTO.**

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

- Reconozco durante el curso de mi operación, cuidados post operatorio, tratamiento médico, anestesia, analgesia u otro procedimiento, existen condiciones imprevistas así como riesgos y complicaciones asociadas que pueden necesitar procedimiento diferentes o adicionales a los que hayan sido descritos en el presente documento. Por esta razón autorizo a mi(s) medico(s) y a sus asistentes, a realizar dicho procedimiento quirúrgico y cualquier otro procedimiento que sea necesario en el buen ejercicio y juicio profesional de los mismos. La autorización que doy se extiende al tratamiento de todas las condiciones que requieran tratamiento inmediato y/o complicaciones asociadas y que surjan como inconvenientes potenciales y/o riesgos durante o después del procedimiento o cirugía.
- 1.

He sido informado (a) que existen riesgos significativos tales como reacciones alérgicas, coágulos en las venas y pulmones, pérdida de sangre, infecciones, paro cardíaco, que pueden llevarme a la muerte, incapacidad parcial o permanente y que suscitarse deben ser atendidos.

2. Reconozco que en los casos en donde son necesarias incisiones y/o suturas pueden ocurrir infecciones, dolor en la herida, formación de hernias (debilidad o abombamiento) y que esta complicaciones pueden requerir tratamientos o procedimiento futuros
3. Reconozco en la lista de riesgos y complicaciones de este documento pueden no estar incluidos todos los riesgos posibles o conocidos de la cirugía o procedimiento que se me planifica realizar, pero que la misma expone las complicaciones más comunes o severas. Reconozco que en futuro pueden emerger complicaciones no mencionadas en este documento.



4. **Reconozco que mi (s) médico (s) me ha (n) me ha señalado los beneficios razonables esperados, pero no me ha (n) dado garantía ni seguridad del resultado que pueda obtenerse la cirugía o procedimiento ni en la cura de mi condición.**

Doy el consentimiento para el uso de transfusiones sanguíneas y productos sanguíneos que sean necesarios a criterio de mi(s) médico(s). Reconozco los riesgos inherentes a las transfusiones de sangre y tengo el conocimiento que el MEDICA NORTE NUEVO SANTIAGO, S.A., practica todas las pruebas de laboratorio necesarias y disponibles actualmente para evitar enfermedades transmisibles como lo son la hepatitis y el VIH pero igualmente se me ha informado de la existencia de un riesgo de contraer estas enfermedades debido a la posibilidad de que las mismas se encuentren en periodo de incubación o ventana al momento de hacer las pruebas al donante y por lo tanto no puedan detectarse en ninguna prueba de laboratorio.

5.
6. **Autorizo mi (s) médico (s) para que según los procedimientos usuales dispongan de los tejidos o parte de los mismos que sean removidos quirúrgicamente por ejemplo para estudios histopatología.**

7. **ENTIENDO QUE CUALQUIER ASPECTO DE ESTE DOCUMENTO QUE YO NO ENTIENDA ME DEBE SER EXPLICADO CON MAYORES DETALLES POR MI(S) MÉDICO(S) O A SUS ASOCIADOS.**

8. **Certifico que mi(s) médico(s) me ha(n) oportunidad de hacer preguntas y me ha (n) informado del carácter y naturaleza de los procedimientos médicos quirúrgicos propuestos, de los beneficios que obtendría de los mismos, incluyendo las consecuencias de la ausencia de tratamiento. Me han informado de las posibles complicaciones, riesgos conocidos y de las formas alternas de tratamientos.**

9. **Las siguientes son las excepciones referentes al tratamiento (s), y /o examen (s) y/o intervención (s) quirúrgica (s) y/o procedimiento (s) y/o suministros de medicamento (s) y/o transfusiones, y/o suministro de anestesia que lleguen a considerarse en algún momento (Describe las alergias o niega alergias del paciente):**


10. **Estoy consciente que el médico (s) tratante (s) no (son) empleado (s) del MEDICA NORTE NUEVO SANTIAGO, S.A. y por consiguiente exoneramos al MEDICA NORTE NUEVO SANTIAGO, S.A. de cualquier responsabilidad o negligencia de (los) medico (s) lo que incluye y no se limita no accionar contra el MEDICA NORTE NUEVO SANTIAGO, S.A. por tales circunstancias.**

11. **CERTIFICO QUE TENGO LA SUFICIENTE INFORMACION PARA DAR ESTE CONSENTIMIENTO Y QUE MI(S) MEDICO (S) ME HA(N) PREGUNTADO SI QUIERO UNA INFORMACION MAS DETALLADA, PERO ESTOY SATISFECHO (A) CON LAS EXPLICACIONES QUE ME HA(N) DADO Y NO NECESITO MAS INFORMACIÓN.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Testigo (solo de la firma)

\_\_\_\_\_  
Firma del médico

  
\_\_\_\_\_  
Firma de su representante o guardián legal

Fecha: 02/06/2023 12:20:35 PM



## Deberes y Derechos de los Pacientes

### Deberes que contrae el Paciente con el Hospital:

1. Colaborar en el cumplimiento de las normas e instrucciones establecidas en el Hospital, así como de informarse, conocer y respetar las normas de funcionamiento del Hospital.
2. Tratar con el máximo respeto al personal del Hospital y respetar los derechos de los otros pacientes, familiares y visitantes.
3. Utilizar de manera responsable las instalaciones y de colaborar con el mantenimiento de la habitabilidad del Hospital.
4. Cumplir con el tratamiento recomendado por su médico. En caso contrario y cuando legalmente pueda rechazarlo, tiene el deber de solicitar y firmar el documento de alta voluntaria o liberación de responsabilidad, donde se responsabiliza por la decisión tomada. Si el paciente se niega a firmar este documento, la Dirección del Hospital, a propuesta de su médico responsable, podrá dar el Alta al Paciente.
5. Cancelar las cuentas generadas por la atención recibida, proporcionando la información general y financiera necesaria, así como firmar todos los consentimientos presentados al momento de su admisión y durante su hospitalización para la realización de procedimientos médicos.
6. Suministrar información sobre su estado físico o sobre su salud de manera leal y verdadera, así como colaborar con su obtención.

### Derechos del Paciente:

1. El Paciente tiene derecho a recibir una atención sanitaria integral adecuada a sus necesidades de salud, dentro de un funcionamiento eficiente de los recursos sanitarios existentes, a obtener una evaluación y manejo apropiado del dolor y a que su familiar responsable también tenga acceso a esta misma información.
2. EL Paciente tiene derecho al respeto de su personalidad, dignidad, intimidad, seguridad y privacidad personal, sin que pueda ser discriminado por razones de tipo social, económica, moral, ideológica, cultural, religiosa o racial.
3. El Paciente tiene derecho a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso de atención, incluido el secreto de su estancia en el Hospital, salvo por exigencias legales que hagan imprescindible la entrega de la información contenida en el expediente a instancias judiciales.
4. El Paciente tiene derecho a recibir en un lenguaje comprensible, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso incluyendo diagnósticos alternativos de tratamiento, sus riesgos y pronósticos. En caso de que el paciente no quiera o no pueda manifiestamente recibir dicha información, ésta deberá proporcionarse a sus familiares o personas legalmente responsables.
5. El Paciente tiene derecho a la libre elección entre las opciones que le presente su médico responsable, siendo preciso su consentimiento previo expresado por escrito ante la realización de cualquier intervención, excepto los siguientes casos:



- Cuando exista riesgo de lesión irreversible o fallecimiento y la urgencia no permita demoras.
  - Cuando la carencia de tratamiento suponga un riesgo para la salud pública.
  - Cuando exista un imperativo legal.
  - Cuando el paciente no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso, el derecho corresponderá a sus familiares o persona legalmente responsable. En caso de no existir o no ser localizados se le comunicará a la autoridad judicial.
6. El Paciente tiene derecho a negarse a recibir tratamiento, excepto en los casos señalados en el punto No. 5, debiendo para ello, solicitar y firmar el Alta Voluntaria y/o Relevé de Responsabilidad.
  7. El Paciente tiene derecho a que se le asigne un médico cuyo nombre deberá conocer y que será su médico responsable y el interlocutor válido con el equipo asistencia. En caso de ausencia de este facultativo, otro facultativo del equipo asumirá la responsabilidad.
  8. El Paciente tiene derecho a que quede constancia por escrito o en soporte técnico adecuado todo su proceso. Esta información y las pruebas realizadas constituyen la Expediente Clínico. Al finalizar su estancia en el Hospital, el paciente o su familiar responsable, recibirán copia del Resumen de Egreso y del Plan de Salida del Paciente. Igualmente tiene derecho al acceso a la información recibida en el expediente clínico dentro de un tiempo razonable.
  9. El Paciente tiene derecho a decidir que no se realicen a su persona investigaciones, experimentos o ensayos clínicos, sin una información previa, sobre los métodos y fines del estudio y sin que éste haya otorgado su libre consentimiento por escrito.
  10. El Paciente tiene derecho a examinar y recibir explicación sobre todas las cuentas, sin importar la fuente de pago.
  11. El Paciente tiene derecho al correcto funcionamiento de los servicios asistenciales y administrativos y que la estructura del Hospital proporcione unas condiciones aceptables de habitabilidad, higiene, alimentación, seguridad y respeto a su intimidad.
  12. El Paciente tiene derecho a formular sugerencias y reclamaciones, así como a recibir respuesta por escrito, a través del Servicio de Atención al Paciente del Hospital.

**Nombre del Paciente o Familiar Responsable:**

ELDA CLEMITA CAMPOS CARRION

**Firma del Paciente o Familiar Responsable:**

*Edla Campos Carrion*

2-77-12 V

**Cédula del Paciente o Familiar Responsable:**

2-00-54-559-D

**Fecha** \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO INFORMADO  
ANESTESIA**

Panamá, República de Panamá a los días 02 del mes de junio del 2023. Quien suscribe, ELDA CLEMITA CAMPOS CARRION, portador(a) de la cedula de identidad personal numero 2-00-54-559 de 81 años de edad, reconozco que me ha sido INFORMADO por el anestesiólogo \_\_\_\_\_ de forma amplia, precisa, clara y sencilla de los riesgos y beneficios de someterme al procedimiento anestésico.

Estoy consciente de que en cualquier momento pueden presentarse complicaciones y cambios hemodinámicos inherentes a los anestésicos y medicamentos utilizados, como respuesta de mi organismo ante los mismos, y de los cuales, desconocía previamente.

Se me informó de la posibilidad de presentar respuestas alérgicas, reacciones adversas ó efectos indeseables a los anestésicos, medicamentos y soluciones utilizados durante mi intervención quirúrgica, mismos que a su vez pueden acarrear complicaciones en mi organismo, requerir tratamientos médicos complementarios.

Acepto haber comprendido las explicaciones por parte del médico, han sido aclaradas todas mis dudas y estoy satisfecho (a) con la información recibida.

Comprendiendo el alcance de los riesgos y beneficios, firmo este consentimiento por mi libre voluntad en presencia de mis testigos. y/o familiares sin haber estado sujeto (a) a ningún tipo de presión o coacción para hacerlo, por lo anterior es mi decisión AUTORIZAR al especialista de someterme al procedimiento anestésico.

Declaro: que he leído / comprendido la información precedente, que he sido informado por el médico de los riesgos del procedimiento, que se me ha explicado las posibles alternativas y que sé que, en cualquier momento, puedo revocar mi consentimiento sin dar explicación alguna.

Estoy satisfecho con la información recibida, he podido formular toda clase de preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.

En caso de pacientes inconsciente o incapaz de tomar decisiones al momento de su admisión, un representante firmará el presente documento.

Firma del paciente o quien Representa: \_\_\_\_\_

Cédula: 2-77-128

Teléfono: 6617-6600

Dirección: Calle 6<sup>a</sup> Santiago

Anestesiólogo: \_\_\_\_\_

Firma y Sello: \_\_\_\_\_



**ADMISIÓN  
CONSENTIMIENTO FINANCIERO**

1. Reconocemos que el hecho de ser admitido en cualquier forma en el Hospital MEDICA NORTE NUEVO SANTIAGO, S.A. o en cualquiera de sus entidades afiliadas, para 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 vez nos sea notificada, por parte del Hospital MEDICA NORTE NUEVO SANTIAGO, 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 MEDICA NORTE NUEVO SANTIAGO, 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 para cubrir los gastos ocasionados durante la hospitalización, expresamente autorizamos al Hospital MEDICA NORTE NUEVO SANTIAGO, 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 de cuenta antes del traslado.
7. Por este medio autorizamos expresamente y de manera irrevocable al Hospital MEDICA NORTE NUEVO SANTIAGO, 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 MEDICA NORTE NUEVO SANTIAGO, 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 MEDICA NORTE NUEVO SANTIAGO, 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 MEDICA NORTE NUEVO SANTIAGO, S.A. a suministrar a la Compañía de Seguros correspondientes, toda la 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 medio 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

ELDA GLEMITA CAMPOS CARRION

Firma del Paciente

Cédula

2-00-54-559

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

Médica | Tu guía a  
Morte | una mejor

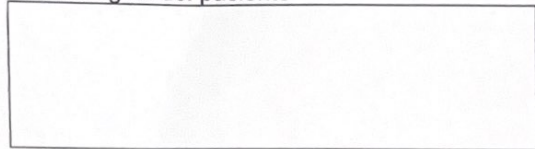


Nombre completo del Testigo 2

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 MEDICA NORTE NUEVO SANTIAGO, S.A.

Nombre completo del Funcionario

Firma del Funcionario

Cédula del Funcionario

Fiador Solidario:

Por este medio me comprometo irrevocablemente ante el Hospital MEDICA NORTE NUEVO SANTIAGO, 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, 02/06/2023 12:20:36 PM