



**MÉDICA
SAN ISIDRO**

Médica San Isidro

CALLE JOSEFA ORTIZ DE DOMÍNGUEZ #444
BARRIO COAXUSTENCO, METEPEC, ESTADO DE MÉXICO
TEL: (01722) 235-01-75 / 235-02-12 / 902-03-90 / C.P. 52140

M.C. Eva María Ortiz Ramírez
Especialidad en Anestesiología y Algología
R.F.P. 3081665 C.E. 4860451
Universidad Nacional Autónoma de México
Licencia Sanitaria 17-AM-15-054-0003

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS

CELEBRADO POR "MÉDICA SAN ISIDRO", A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ "SANATORIO" Y POR OTRA PARTE EL SR. (A) JUANA DIAZ VELARDE

CON DOMICILIO EN LAGUNA DE SAN PABLO #220
TELÉFONO 7834571113 COLONIA _____ MUNICIPIO _____
FECHA DE NACIMIENTO _____

A QUIEN POSTERIORMENTE SE LE DENOMINARÁ "PACIENTE" Y QUE CELEBRARÁN CONFORME A LAS SIGUIENTES:

HellobusAUCop®

CLAÚSULAS

- PRIMERA.-** El "SANATORIO" se obliga a prestar al "PACIENTE" los siguientes servicios hospitalarios: cuarto, servicio de enfermería, dieta prescrita por el médico que atiende al "PACIENTE".
- SEGUNDA.-** El "PACIENTE" se obliga a pagar al "SANATORIO" el importe total de los servicios antes mencionados, además de los derivados de Rayos X, Laboratorio, Oncología, Medicinas, Material de Curación, Terapia Intensiva y aquellos que sean solicitados por el médico del "PACIENTE", cuyos gastos se cargarán en forma adicional en la cuenta respectiva.
- TERCERA.-** El "PACIENTE" entrega en este acto al "SANATORIO" en calidad de anticipo, la cantidad de \$ _____ (_____ pesos en Moneda Nacional) y se obliga a hacer pagos diarios por los gastos incurridos y liquidar el total de la cuenta al ser dado de alta por su médico, o retirarse del hospital por cualquier motivo.
- CUARTA.-** El "PACIENTE" se obliga a cumplir con el Reglamento Interno y demás disposiciones del "SANATORIO" y como esta es una institución abierta al cuerpo médico, lo releva de cualquier responsabilidad médica.
- QUINTA.-** El "PACIENTE" autoriza al Médico Facultativo _____ y a sus colaboradores, para que prescriban, lleven a cabo el tratamiento médico y/o quirúrgico que requiera su persona; así como la administración de medicamentos y anestésicos prescritos.
- SEXTA.-** Ambas partes convienen que en caso de que el "PACIENTE" esté incapacitado para firmar este contrato, lo hará en su nombre y representación la persona que se responsabilice en el cumplimiento de las obligaciones anteriormente establecidas.

Toluca, México, a _____ de _____ de 200 _____

"EL SANATORIO"

"EL PACIENTE"

"RESPONSABLE DE CUENTA"

NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA
LUGAR DE EXPEDICIÓN	DÍA	MES
NÚMERO	AÑO	BUENO POR
	\$	

DEBO(EMOS) Y PAGARÉ(MOS) INCONDICIONALMENTE SIN PRETEXTO ESTE PAGARÉ EN LUGAR Y FECHAS CITADAS DONDE ELIJA EL TENEDOR EL DÍA DE SU VENCIMIENTO A LA ORDEN DE _____ EL DÍA _____ DE _____ DE 200 _____

LA CANTIDAD DE

VALOR RECIBIDO A MI (NUESTRA) ENTERA SATISFACCIÓN, ESTE PAGARÉ FORMA PARTE DE UNA SERIE NUMERADA DEL _____ AL _____ Y TODOS ESTÁN SUJETOS A LA CONDICIÓN DE QUE DE NO PAGARSE CUALQUIERA DE ELLOS A SU VENCIMIENTO, SERÁN EXIGIBLES TODOS LOS QUE SIGUEN EN NÚMERO, ADEMÁS DE LOS YA VENCIDOS DE ACUERDO AL ART. 79 DE LA LEY GENERAL DE TÍTULOS Y OPERACIONES DE CRÉDITO, CAUSARÁ INTERESES MORATORIOS DE _____% POR CADA MES O FRACCIÓN PAGADERO JUNTAMENTE CON EL PRINCIPAL, DICHS INTERESES SE CAUSARÁN SOBRE EL CAPITAL INSOLUTO, CONFORME A LO DISPUESTO POR EL ART. 152 INCISO I, II, III Y IV DE LA LEY GENERAL DE TÍTULOS Y OPERACIONES DE CRÉDITO.

NOMBRE Y DATOS DEL DEUDOR
NOMBRE _____
DOMICILIO _____
POBLACIÓN _____
TELÉFONO _____

AVAL

DEUDOR

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE Y FIRMA