

Señores de CLINICA DE LA UNION solicito inmediata
atención médica, farmacéutica y Sanatorial a:

recurriendo a los medios técnicos-humanos de esa institución para
atender con ellos la dolencia que padece y sus eventuales complicaciones.

Me obligo como principal pagador por el importe que arroje la
correspondiente factura por gastos, honorarios, accesorios agregando
que la mora en la que incurriere en paciente, me alcanzará automáticamente.

En caso de tener cobertura de obra social o compañía de seguros,
me comprometo a traer documentación dentro de los plazos establecidos
por la institución.

Chajarí, _____

Firma y Aclaración

Documento N°

Domicilio Real

Teléfono

Nombre cónyuge o resp.

8. Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos referentes a mi estado previo de salud ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas anteriormente por otros profesionales. Manifiesto ser alérgico/a a:

9. He leído detenidamente este consentimiento y lo he entendido totalmente, autorizando al cirujano a realizarme la intervención o procedimiento mencionado.

Firma

Aclaración

Documento

SI EL PACIENTE ES UN MENOR COMPLETAR:

El paciente es un menor de años de edad y yo/nosotros el/los firmante/s soy/somos el/los padre/s, tutor/es o encargado/s del paciente, y por la presente autorizo/autorizamos la realización de la intervención o procedimiento.

Firma

Aclaración

Documento

Parentesco