Autorización General de Internación de Paciente

Fecha de internación:	Edad:
Paciente:	Domicilio:
Documento	Localidad:
Institución:	N Afiliado:
Telefono:	Habitación:
Médico:	Evento:

Buenos Aires, , de de 20__

Por medio del presente,

Yo Nacido/a el día 01/09/1999 DNI 42112716

Otorgo la Autorización General al Instituto Otorrinolaringológico Arauz S.A. (en adelante, Instituto) para que me brinde las prestaciones propias del servicio de internación que requiero, tales como habitación, quirófano, medicamentos, enfermería, diagnóstico por imágenes, laboratorio, hemoterapia, atención médica de urgencia o terapia intensiva especializada, con la consiguiente derivación de corresponder, y toda otra que resulte necesaria, de acuerdo a la atención médica otorrinolaringológica que se me efectúe. Asimismo, hago saber al Instituto que mi médico de cabecera y/o tratante, es el/la Dr./a

Dr./a: _____

y manifiesto que las prácticas y prestaciones médicas que se me efectuarán serán realizadas por él/ella y/o profesionales de su equipo, que no tienen relación de dependencia laboral ni de ningún tipo jurídico y/o científico- técnico con el Servicio de Internación del Instituto.Siendo el Instituto completamente ajeno a la relación médico contractual formada entre quien suscribe la presente y el médico de cabecera y/o tratante anteriormente mencionado.Por ello,manifiesto que las practicas realizadas son de exclusiva responsabilidad del mismo y/o de los profesionales que el designe.

Además, me obligo al pago de los créditos del Instituto con motivo de la presente Autorización que no estén alcanzados por mi cobertura. También autorizo al Instituto para examinar mi Historia Clínica a los efectos que puedan corresponder. Tomo conocimiento que en la habitación asignada existe a mi disposición una caja de seguridad -cuyas instrucciones de uso se encuentran en la habitación- en razón de la cual el Instituto no será responsable por la perdida, extravió, robo, hurto del dinero/teléfono/reloj o demás bienes de valor con las que ingresé. Si me retiro del Instituto sin que se haya abierto la caja de seguridad, autorizo al Instituto a abrir la misma e inventariar su contenido, el cual quedará a mi disposición por el plazo de siete (7) días corridos. Si vencido este plazo no me hubiera comunicado con el Instituto, pierdo todo derecho sobre el contenido. Por último, tomo conocimiento de la existencia de áreas cerradas del Instituto, a las cuales no tengo acceso; de las cámaras de video grabación; y de los protocolos medico asistenciales, con la finalidad de procurar la seguridad de los pacientes. Y consiento que los registros de las referidas cámaras serán conservados por el Instituto, quien podrá dar a conocer el contenido de las grabaciones por razones de orden público y requerimiento de autoridad competente.

En caso de personas que no estén en condiciones de comprender la información suministrada, la Autorizacion General sera firmada por su representante legal (cónyuge, cualquiera de sus padres, tutor, curador, pariente más próximo o allegado que se ocupe por su asistencia). El vínculo se acredita por la documentación correspondiente y/o por declaración jurada. A tales efecto, manifiesto con calidad de declaración jurada ser el/la representante legal de

para autorizar la intervención quirúrgica anteriormente detallada.

_____

Firma del Paciente y/o Responsable Leg

Aclaración de la Firma :

DNI del Paciente y/o Responsable Legal