



Consentimiento informado
(Departamento de Administración)

Pachuca de soto, Hidalgo; a ____ de ____ de 20 ____

El (la) suscrito (a) _____,

Manifiesto que HE SIDO INFORMADO, y conozco los riesgos que implica la atención médica y/o quirúrgica a recibir, ya que tanto dichas situaciones, como los beneficios del tratamiento, me han sido informadas oportunamente por mi (s) médico(s) tratante(s)

Así mismo declaro que he solicitado que me sean brindados servicios hospitalarios en una institución privada, donde SE ME HA INFORMADO QUE DE NO PROCEDER MI ASEGURADORA QUEDO OBLIGADO A CUBRIR LOS COSTOS GENERADOS PREVIA NOTIFICACIÓN DEL AREA DE SEGUROS, por lo que ASUMO LA RESPONSABILIDAD DE SUFRAGAR LOS CARGOS Y MONTOS ASOCIADOS A LA ATENCIÓN MÉDICA Y TRATAMIENTO QUE REQUIERA, OBLIGÁNDOME A CUBRIR LA TOTALIDAD DEL COSTO GENERADO POR LOS SERVICIOS QUE ME SEAN PROPORCIONADOS DENTRO DE ESTE HOSPITAL, EN MONEDA NACIONAL, A TRAVES DE PAGO EN EFECTIVO, incluyendo en estos los conceptos de estancia, honorarios médicos y de enfermería, material utilizado y medicamentos administrados, así como cualquier otro análogo que sea generado con motivo del tratamiento médico aplicado.

Así mismo reconozco que se me ha informado que el HOSPITAL CENTRO DE EXELENIA MEDICA EN ALTURA (CEMA) al ingreso hospitalario estoy obligado a dejar un deposito en garantía y seguir depositando si el monto del o de los depósitos anteriores se agotan en mi estado de cuenta para que se me sean suministrados todo tipo de insumos, medicamentos, y servicios.

Como consecuencia de ello, manifiesto mi conformidad, y en este mismo acto OTORGO MI CONSENTIMIENTO EXPRESAMENTE A CEMA, para que proceda a realizar el traslado inmediato correspondiente a otra institución hospitalaria, a fin de continuar y salvaguardar el tratamiento instado al paciente; pero tal situación, NO EXTINGUIRA LA OBLIGACIÓN DE PAGO DE LOS SERVICIOS QUE HAYAN SIDO PROPORCIONADOS A MI FAVOR, Y QUE NO FUERON LIQUIDADOS EN SU OPORTUNIDAD, por lo que me obligo a cubrir la totalidad de sus servicios que en su caso, no hayan sido pagados, así como los intereses que se pudieren haber generado, como consecuencia de tal omisión.

PACIENTE
(Nombre y Firma)

FAMILIAR O RESPONSABLE
(Nombre y Firma)

PERSONAL ADMINISTRATIVO
(Nombre y Firma)