POLICÍA NACIONAL

GOBIERNO NACIONAL

Paraguay de la gente

212

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD POLICIAL
Sub Unidad de Administración y Finanzas
Programa 2.2 - Empleo y Protección Social

AUTORIZACIÓN DE DERIVACIÓN DE PACIENTE

EN EL MARCO DE LA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL SBE N° 29/2019 "CONTRATACIÓN DE SERVICIOS CARDIOLÓGICOS DE ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS Y SERVICIO UTI Y CIRUGÍA PEDIÁTRICA – PLURIANUAL" (ID N° 367737).

Por la presente, se AUTORIZA la derivación del (la) paciente:

Nombre: Herminio Eduardo Alderete.

Edad: 47 años Sexo: Masculino Ficha:

Diagnóstico principal:

Infarto Agudo de Miocardio con elevación del segmento ST no Trombolizado TIMI: 2. / Enfermedad de 2 vasos coronarios, Estenosis severa de la DA, Estenosis severa de la CD. puente muscular a nivel del tercio medio de la DA.

Motivo de la derivación:

Familiar que autoriza:

	Dr. Ricardo L. Scavenius C. Comisario General Inspector Dir. Gral. Interino - D.G.S.P.
Médico Solicitante (Firma y Sello)	Autorizante (Firma y Sello)

Fecha: ____ / ____ / ____

Avda. Mcal. Francisco Solano López N°1806 e/ Avda. Juscelino Kubitschek
Telefax: (59521) 204-849 /email: tesoreria2.6@gmail.com
Asunción-Paraguay

08-11-19 07:50 CACERESDA
REP_FICHA_ADMISION(225300)

Sanatorio Británico
Rodríguez de Francia 910
Tel.: (595) 21 - 418 0000

Sanatorio Británico
Sociedad Anónima

FICHA DE ADMISION

DATOS DEL PACIENTE

Id Pac.	127166	Codigo	D125579	Fec. Nac.	27-04-1972	Edad	47 AÑOS	Nro Habitacion	122
Nombres	ALDERETE, HERMINIO EDUARDO							Nro Consulta	*****
C.I. Nº	1540244			Sexo	MASCULINO			Fecha Inicio	08-11-19 07:41
Prepaga	POLICIA NACIONAL			Plan	GENERICO			Nro Asegurado	123-
Obs								Categoria	NORMAL
Dir.Part.	GEORGINA M DE CORREA Y TTE CACERES							Telef. Part.	0962289719
Dir. Lab.	*****							Telef. Lab.	*****
Empresa	*****							Profesion	*****
Medico Tratante	ROJAS RODRIGUEZ, ROJAS RODRIGUEZ, VICTOR ADRIAN							Reingreso	NO
								Telef. Cel.	0962289719

DATOS DEL FAMILIAR O ENCARGADO RESPONSABLE

Nombres	BALBUENA DE ALDERETE, NILZA ELENA						
C.I. Nº	2384177	Fec. Nac.	06/05/76	RUC	44444401-7	Telef. Cel.	0962289719
Dir.Part.	GEORGINA M DE CORREA Y TTE CACERES					Telef. Part.	0962289719
Dir.Lab.						Telef. Lab.	

DATOS PARA EMISION DE FACTURAS

EMITIR FACTURAS A NOMBRE DE Paciente [ ] Responsable [X]

FIRMA PACIENTE / FAMILIAR / RESPONSABLE

ACLARACIÓN: Nilza Elena Balbuena

FIRMA PERSONAL DE ADMISIÓN

ACLARACIÓN:

Fecha: 08-11-2019 Hora: 07:41

Internado

Medicamentos

Orden Médica

2M

6081511

IC: 001-15491972-196 UBICACION: PN-11-21-001-244

NACIONALIDAD: PARAGUAYA

ESTADO CIVIL: CASADO FECHA DE EMISION: 09-09-2019

Crio.Ppal. MCP Reinaldo Lopez
Jefe Dpto.de Identificaciones

IDPRY1540244<<4<<<<<<<<<<<<<<<
7204276M2909093PRY<<<<<<<<<<<0
ALDERETE<<HERMINIO<EDUARDO<<<<

REPUBLICA DEL PARAGUAY
Cédula de Identidad Civil

APELLIDOS, NOMBRES
ALDERETE
HERMINIO EDUARDO

FECHA DE NACIMIENTO
27-04-1972

SEXO
Masculino

LUGAR DE NACIMIENTO
ASUNCION

FECHA DE VENCIMIENTO
09-09-2029

1540244

2697414

IC: 065-01441983-131 UBICACION: PN-11-21-001-177

NACIONALIDAD: PARAGUAYA

ESTADO CIVIL: CASADO FECHA DE EMISION: 01-06-2016

Crio.Ppal. MCP Gilberto Gauto R.
Jefe Dpto.de Identificaciones

IDPRY2384177<<8<<<<<<<<<<<<<<<
7605068F2606015PRY<<<<<<<<<<<0
BALBUENA<DE<ALDERETE<<NILZA<EL

REPUBLICA DEL PARAGUAY
Cédula de Identidad Civil

APELLIDOS, NOMBRES
BALBUENA DE ALDERETE
NILZA ELENA

FECHA DE NACIMIENTO
06-05-1976

SEXO
Femenino

LUGAR DE NACIMIENTO
BELEN

FECHA DE VENCIMIENTO
01-06-2026

2384177

Sanatorio Británico
Rodríguez de Francia 910
Tel.: (595) 21 - 418 0000

Sanatorio Británico
Sociedad Anónima

08-11-19 07:50 CACERESD
REP_COMPROMISO_PAGO(225100)

210

CONSENTIMIENTO INFORMADO/AUTORIZACIÓN DE INTERNACIÓN PARA TRATAMIENTOS MÉDICOS Y/O INTERVENCIONES QUIRURGICAS O PROCEDIMIENTOS

Por el presente instrumento, en forma voluntaria, consciente y libre autorizo/amos suficientemente mi/la internación de ALDERETE, HERMINIO EDUARDO 127166 e igualmente autorizo/amos al Dr. ROJAS RODRIGUEZ, ROJAS RODRIGUEZ, VICTOR ADRIAN y a su equipo médico / quirúrgico, para la realización de una intervención quirúrgica y/o los procedimientos médicos especiales de diagnóstico o de tratamiento conocida/os como a realizarse en el Sanatorio Británico S.A.

He/mos sido informado/s sobre las razones por las cuales la operación quirúrgica y/o procedimiento de diagnóstico o de tratamiento es de consideración necesaria en previsión de posibles complicaciones si así no lo hiciere, así como las alternativas y modo de tratamiento posibles.

Reconozco/cemos que como toda intervención quirúrgica y/o procedimiento y por causas independientes del actuar del médico se pueden presentar complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tantos médicos como quirúrgicos, por lo tanto, autorizo/amos que el médico antes nombrado, o quien éste designe, realice las intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional. La autorización concedida se extenderá para remediar condiciones desconocidas por el médico en el momento de comenzar la operación. Mi/la autorización comprenden también la aplicación de medicamentos, drogas y/o anestésicos prescritos, así como la realización de medios auxiliares de diagnósticos tales como imagenología y laboratorio (incluyendo alcoholemia, VIH etc) tratamientos paramédicos y/o fisioterapéuticos que fueren menester. Soy consciente que en el acto médico no puede existir garantía en los resultados, por no ser la medicina una ciencia exacta.

Manifiesto/festamos estar satisfecho/s con la información recibida del médico tratante, quien me/nos ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas y todas ellas han sido resueltas a mi/nuestra satisfacción.

He/mos entendido sobre las condiciones y objetivos de la cirugía/procedimiento y los cuidados que se deben practicar antes y después de ella, además comprendo/demos y acepto/amos el alcance y los riesgos justificados de posible previsión que conlleva el acto médico que aquí autorizo/amos. Declaro/amos asimismo haber recibido, tomado conocimiento y aceptado el contenido de los términos del Reglamento Interno del Sanatorio Británico referente a los servicios sanatoriales y las condiciones generales relativas a la Unidad de cuidados intensivos.-

ACTA DE COMPROMISO Y RESPONSABILIDAD

Yo/Nosotros asumo/mimos plena y general responsabilidad ante el Sanatorio Británico SA por todos los gastos generales de internación y tratamiento médicos y sanatoriales, inclusive servicios y medicamentos, prestados y/o suministrados por terceros, necesarios al evento médico resultante de la internación del/a paciente ALDERETE, HERMINIO EDUARDO , 127166 derivados de los servicios que me/le serán/fueron prestados en dependencias del Sanatorio Británico y que no sea cubierto por el sistema de seguro médico/medicina prepaga en el caso que fuere beneficiario.-

Me/nos hacemos plenamente responsables del pago del depósito previo que fuere exigido de acuerdo a la naturaleza del diagnóstico, procedimiento y/o tratamiento determinado, siendo el/los firmantes del presenten instrumento, corresponsable/s solidario/s de las obligaciones generadas por la internación, las cuales amortizare/mos en la oficina del Sanatorio Británico sito en Avda. José G. Rodríguez de Francia Nº 910 conforme a la/s liquidación/es parciales presentada/s cada 48 horas por la administración del sanatorio o a solicitud del paciente/responsable, interín dure la internación del paciente, obligándome/nos a cancelar totalmente el saldo de la cuenta pendiente de pago en el momento de retirarse el paciente y/o cuando obtuviese el alta médica.

Igualmente autorizo/mos en forma irrevocable al Sanatorio Británico, otorgando suficiente mandato para que por propia cuenta o a través de empresas especializadas de nuestro medio puedan recabar información en plaza referente a mi situación patrimonial, solvencia económica, el cumplimiento de mis obligaciones comerciales, como así también, faculto/amos para que en caso de verificarse un atraso superior a los noventa días en el pago de obligaciones derivadas del presente contrato o cualquier otra deuda pendiente que mantenga/mos con el Sanatorio Británico, incluyan mi nombre o Razón Social que represento/amos en el Registro de Morosos de alguna empresa que posea este tipo de registro y que se dedica a proveer información de esta naturaleza a personas o empresas en general.

ra los efectos que hubiere lugar en derecho, suscribo/imos el presente instrumento en la ciudad de Asunción, capital de la República del Paraguay, a los 08 de NOVIEMBRE de 2019

Paciente:ALDERETE, HERMINIO EDUARDO
Domicilio:&DIREC_PAC
CI Nº : 1540244
Telef : 0962289719
Firma:_____

Responsable:BALBUENA DE ALDERETE, NILZA ELENA
Domicilio:GEORGINA M DE CORREA Y TTE CACERES
En calidad de:
CI Nº : 2384177
Telef : 0962289719
Firma:_____

Co-Resp.:
Domicilio:
En calidad de:
C.I. Nº:
Teléfono:
Firma:_____