POLICÍA NACIONAL

GOBIERNO NACIONAL

Paraguay de la gente

235

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: JUSTINA BOBADILLA

Edad: 63 AÑOS Sexo: FEMENINO Ficha: 351.684

Diagnóstico principal:

Motivo de la derivación:

Familiar que autoriza:

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

Fecha: ____ / ____ / ____

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

Sanatorio Británico
Sociedad Anónima

FICHA DE ADMISION

DATOS DEL PACIENTE

Id Pac.	127372	Codigo	D125740	Fec. Nac.	26-09-1956	Edad	63 AÑOS	Nro Habitacion	2
Nombres	BOBADILLA NUÑEZ, JUSTINA							Nro Consulta	*****
C.I. Nº	8077773			Sexo	FEMENINO			Fecha Inicio	13-11-19 16:05
Prepaga	POLICIA NACIONAL			Plan	GENERICO			Nro Asegurado	807773-
Obs								Categoria	NORMAL
Dir.Part.	KM 27 RUTA 1							Telef. Part.	0981529015
Dir. Lab.	*****							Telef. Lab.	*****
Empresa	*****							Profesion	*****
Medico Tratante	ROJAS RODRIGUEZ, ROJAS RODRIGUEZ, VICTOR ADRIAN							Reingreso	NO
								Telef. Cel.	0981529015

DATOS DEL FAMILIAR O ENCARGADO RESPONSABLE

Nombres	ACOSTA DE MEDINA, LEIDY ELENA						
C.I. Nº	2853247	Fec. Nac.	30/05/82	RUC	44444401-7	Telef. Cel.	0981529015
Dir.Part.	KM 27 RUTA 1					Telef. Part.	0981529015
Dir.Lab.						Telef. Lab.	

DATOS PARA EMISION DE FACTURAS

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

FIRMA PACIENTE / FAMILIAR / RESPONSABLE

ACLARACIÓN: Leidy Acosta

FIRMA PERSONAL DE ADMISIÓN

ACLARACIÓN:

Fecha: 13-11-2019 Hora: 16:05

Internado

Medicamentos

Orden Médica

REPUBLICA DEL PARAGUAY
Cédula de Identidad Civil

APELLIDOS, NOMBRES
BOBADILLA NUÑEZ
JUSTINA

FECHA DE NACIMIENTO
26-09-1956

SEXO
Femenino

LUGAR DE NACIMIENTO
GUARAMBARE

FECHA DE VENCIMIENTO
05-05-2020

807773

IC: 565-01071965-067 UBICACION: PN-11-21-001-773
NACIONALIDAD: PARAGUAYA
ESTADO CIVIL: SOLTERO FECHA DE EMISION: 05-05-2010
Crio.Ppal.MCP.Juan Eliseo Baez Ci
Jefe Dpto.de Identificaciones

IDPRY807773<<<6<<<<<<<<<<<<<<<
5609268F2005054PRY<<<<<<<<<<<0
BOBADILLA<NUNXXEZ<<JUSTINA<<<<

REPUBLICA DEL PARAGUAY
Cédula de Identidad Civil

APELLIDOS, NOMBRES
ACOSTA DE MEDINA
LEIDY ELENA

FECHA DE NACIMIENTO
30-05-1982

SEXO
Femenino

LUGAR DE NACIMIENTO
GUARAMBARE

FECHA DE VENCIMIENTO
23-03-2022

2853247

IC: 365-04961982-029 UBICACION: PN-11-21-001-247
NACIONALIDAD: PARAGUAYA
ESTADO CIVIL: CASADO FECHA DE EMISION: 23-03-2012
Crio.Ppal.MCP.Juan Eliseo Ba
Jefe Dpto.de Identificacion

IDPRY2853247<<3<<<<<<<<<<<<<<<
8205306F2203230PRY<<<<<<<<<<<8
ACOSTA<DE<MEDINA<<LEIDY<ELENA<

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

Sanatorio Británico
Sociedad Anónima

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 BOBADILLA NUÑEZ, JUSTINA 127372 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.

.nifiesto/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 BOBADILLA NUÑEZ, JUSTINA , 127372 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.

.lmente 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.

Para 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 13 de NOVIEMBRE de 2019

Paciente:BOBADILLA NUÑEZ, JUSTINA
Domicilio:&DIREC_PAC
CI Nº : 8077773
Telef : 0981529015
Firma:_____

Responsable:ACOSTA DE MEDINA, LEIDY ELENA
Domicilio:KM 27 RUTA 1
En calidad de:
CI Nº : 2853247
Telef : 0981529015
Firma:_____

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

Dirección Hospital Central de Policía
"RIGOBERTO CABALLERO"
RECETARIO

234

Nombre y Apellido: Justina Bobadilla.

Grado: ..... Unidad: .....

Ficha N°:..... C.I. N°.....

Rp).

Paciente de 63 años con Dx:
Sx. EVANS, DM tipo 2. NAC.
cursando con SCASEST tipo
IAMSEST NO Q.
Solicito realización de cateterismo coronario + angioplastia.
en coordinación con Hematologo
por cuadro de base Sx EVANS

Dr. Ricardo C. Scavenius
MÉDICO CONSULTOR
Comisario General Inspector
Dra. Larissa Viveros
Medicina Interna - Cardiología
Reg. Prof. N° 1020
Dpto. Gral. Interino - D.G.S.P.

12-11-19