

Provisión de Cardiodesfibriladores

Requisitos para la cobertura:

- Historia clínica tipo 2 (original / ver formulario adjunto), efectuada por el médico tratante en donde conste:
 - Estudios complementarios realizados: ECG, Ecocardiograma doppler, estudio electrofisiológico, estudio de holter.
 - En caso de corresponder los siguientes estudios: cinecoronariografía, SPECT, resonancia, estudio genético, serología de chagas.
 - Aclarar si es prevención primaria o secundaria de muerte súbita.
 - Firma y sello del médico electrofisiólogo.
- Copia de los estudios mencionados en el punto anterior.
- Requerimiento de solicitud del dispositivo con especificaciones técnicas.
- Formulario de Consentimiento Informado (Ver formulario adjunto)
- Datos de contacto del afiliado (Teléfono, celular, mail, dirección)
- Datos de contacto del médico tratante (Teléfono, celular, mail, dirección)

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA tipo 2 (Prótesis - Cirugía - Ortopedia)

Lugar y Fecha:

Nº de Documento:

Nombre y Apellido:

Antecedentes de enfermedad actual y diagnóstico:

.....
.....
.....

Cómo y cuándo se produjo la lesión:

.....
.....
.....

Estudios complementarios:

.....
.....
.....

Tratamientos anteriores:

.....
.....
.....
.....

Tecnología y/o práctica solicitada:

.....
.....
.....

Altura: Peso: Superficie corporal:

Estado actual del paciente:

.....
.....
.....

.....
Firma y Sello del Médico

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y fecha: de de

Yo, con DNI N°, he sido informado de la necesidad de ser sometido a por padecer (explicar en qué consiste el procedimiento propuesto y cómo se lleva a cabo)

Asimismo, me han sido explicado los beneficios razonables del tratamiento propuesto, los cuales consistirían en:

Del mismo modo, se me han explicado todas las consecuencias que pudieran ocasionarse de no aceptar el tratamiento propuesto, que podrían consistir en: como así también, que tengo el derecho de retractarme sobre el consentimiento dado en cualquier momento.

Finalmente, se me han informado las eventuales complicaciones, riesgos y molestias concomitantes que pueden producirse, así como de las posibles alternativas terapéuticas a seguir, que podrían consistir en:

Expreso que se me ha dado la oportunidad de hacer todas las preguntas que quise, las que han sido contestadas satisfactoriamente, no quedándome dudas al respecto.

En consecuencia, presto mi consentimiento para el tratamiento médico de mi patología, con la droga/ medicamento..... o para la realización del procedimiento / práctica denominada:

Firma del paciente: Aclaración de firma:

En caso de incapacidad del paciente:

Firma representante legal / tutor:

Aclaración de firma: N° de DNI

Carácter:

Dejo constancia que he explicado la naturaleza, propósitos, beneficios, riesgos y alternativas del procedimiento / tratamiento propuesto y me he ofrecido a contestar todas las preguntas formuladas por el paciente, por lo que entiendo que el / la Sr. / Sra. ha comprendido la totalidad de lo explicado.

Firma y sello del médico