

## Estudios Pre-trasplantes, Trasplantes y Post-trasplantes

La cobertura es del 100% a cargo de **OSIM**. Las prácticas e intervenciones se realizan a través de prestadores habilitados por el Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI), previa evaluación y autorización de la Auditoría Médica de **OSIM**.

Las prestaciones son canalizadas de conformidad con las normas y condiciones fijadas por el INCUCAI y SUR (Sistema Único de Reintegros), organismo dependiente del Ministerio de Salud de la Nación.

### Documentación necesaria para autorizar las prestaciones:

El afiliado presentará previo a la realización de la práctica:

- **Prescripción Médica** (original) en la que se deberá consignar:
  - Detalle de la práctica y diagnóstico.
  - Nombre y número de afiliado, fecha, firma y sello del profesional.
- **Consentimiento Informado**: ver formulario adjunto en página 3.
- **Resumen de Historia Clínica tipo 1**, completo y en original (ver formulario adjunto en pag2) confeccionada por el médico tratante, con indicación expresa de la práctica a realizar.
- **Informe psico-social** confeccionado por la institución solicitante o la institución en la que se realizará el trasplante, con evaluación del contexto socio-ambiental para garantizar las condiciones para la mejor evolución del paciente.
- **Presupuesto** de la Institución en la que se realizará el trasplante.

Formularios adjuntos:

Resumen de Historia Clínica tipo 1  
Consentimiento informado.

## RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA tipo 1 - Medicamentos

Lugar y Fecha: .....

Nº de Documento: .....

Nombre y Apellido: .....

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD ACTUAL Y DIAGNOSTICO:

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

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS:

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

TRATAMIENTOS ANTERIORES (FECHA/DROGA/DOSIS/TIEMPO):

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

TRATAMIENTO ACTUAL(DROGA/DOSIS):

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

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