

PACIENTE ATENDIDO POR MEDICO EXTERNO

PARA CONFORMAR POR EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE LEGAL

Fecha...../...../.....

1. Por la presente dejo constancia que en el día de la fecha ingreso a la **Clínica San Camilo** por indicación del Dr.- El mencionado profesional es mi médico de cabecera, y me ha atendido previamente en su consultorio particular, que es ajeno a esta Institución.
2. Asimismo, el equipo quirúrgico ha sido convocada por mi médico de cabecera y es ese equipo profesional el que, desde este instante, se encuentra a cargo de mi atención médica durante el tiempo que permanezca internado/a.
3. Por lo tanto, dejo expresa constancia que el equipo profesional conducido por mi médico de cabecera ha sido elegido por mí para la realización de la práctica acordada, y que el rol de la **Clínica San Camilo** se limita a la provisión de la infraestructura edilicia, servicios de enfermería, quirófano, medicamentos y hotelería, así como los servicios de terapia intensiva y/o unidad coronaria que, eventualmente, puedan ser requeridos, no existiendo ningún tipo de dependencia laboral ni jurídica entre mi médico de cabecera y su equipo y este centro asistencial .

Firma del paciente:

Aclaración:.....

N° de Documento de Identidad:

SI EL FIRMANTE NO ES EL PACIENTE:

Dejo constancia que la autorización brindada en el presente consentimiento es realizada en nombre del paciente, quien es menor / incapaz.

Firma:

Aclaración:

N° de Documento:

Parentesco:

PARA CONFORMAR POR EL MEDICO TRATANTE

Por la presente dejo constancia que el/la paciente se ha internado en la **Clínica San Camilo** para la realización de un procedimiento conocido como, el que será efectuado por el suscripto como médico de cabecera. Asimismo, dejo constancia que el resto de los profesionales que integran el equipo terapéutico han sido convocados por mí y que los servicios requeridos al establecimiento asistencial se limitan a la provisión de la infraestructura edilicia, servicios de enfermería, quirófano, medicamentos y hotelería; no existiendo ningún tipo de dependencia laboral ni jurídica entre la institución y mi persona.

Firma:

Aclaración y matrícula:

Clínica San Camilo – Av. Ángel Gallardo N° 899 – CABA – Tel. 4858-8100

Web: www.clinicasancamilo.org.ar

“La Congregación Hijas de San Camilo pone en su conocimiento que dispone de una base de datos de pacientes registrada ante la Dirección Nacional de Protección de Datos Personales y que sus datos serán utilizados con fines profesionales para brindarle el servicio/atención médica. Como consecuencia de ello, le informamos que la Congregación Hijas de San Camilo cumple con ley 25.326 y las disposiciones dictadas por la Dirección Nacional de Protección de Datos Personales en materia de protección de datos personales. Los titulares de los datos podrán ejercer en Av. Ángel Gallardo 899 (por escrito o personalmente y) previa acreditación de su identidad o de facultades suficientes de representación el derecho de acceso, rectificación, actualización, de sometimiento a confidencialidad y/o de supresión de los datos personales que hubieran sido recabados y formen parte de dicha base de datos. Para obtener más información sobre este tema, deberá enviar un email a datospersonales@clinicasancamilo.org.ar”.