

Consentimiento Administrativo

Acuerdo y Autorización del Paciente o Familiares para la atención médica de pacientes hospitalizados, quirúrgicos y/o atención en emergencias.

Por medio del presente documento hago constar que yo, _____, como paciente, o en mi carácter de familiar o responsable del paciente: _____, con quien me une el siguiente parentesco o vínculo: _____:

- a) Conozco y acepto las Normativas y Procedimientos impresos al reverso del presente documento, que son parte del mismo, los cuales forman parte del acuerdo entre el Hospital y el paciente (o sus familiares o responsables), para brindarle atención.
- b) Consiento en las regulaciones del Hospital Metropolitano Vivian Pellas para el desecho de cualquier parte del cuerpo que pueda ser removido y acepto que éstos sean enviados al Departamento de Patología para su estudio.
- c) Reconozco que soy responsable por el pago de los servicios e insumos que el hospital suministre y acepto las políticas administrativas que me obligan a su total cancelación al momento de ser dado de alta del hospital, así como la entrega de un depósito inicial más cualquier depósito adicional requerido, así como las garantías de pago establecidas.
- d) En caso hubiese un seguro médico, reconozco que siempre es mi obligación hacer efectivo el pago completo al Hospital Metropolitano Vivian Pellas, procediendo por mi cuenta a gestionar el reembolso respectivo. En caso que el hospital tenga convenios especiales con la compañía de seguros que permitan el pago directo de ellos al Hospital, me comprometo a cancelar el deducible correspondiente, así como cualquier excedente o cobro por servicios e insumos no aceptados por la compañía de seguros.
- e) En caso se tuviere un contrato de servicios suscrito con el mismo Hospital, me comprometo al pago de lo no cubierto por el mismo.
- f) Autorizo al Hospital Metropolitano Vivian Pellas a divulgar a la compañía aseguradora o similar, la información medica que sea necesaria para tramitar cualquier gestión por el pago de los servicios médicos y hospitalarios ofrecidos.
- g) En los casos de maternidad, todo lo indicado en este documento es aplicable tanto a la madre como al niño o la niña.

Existen otros consentimientos informados específicos, los cuales serán suministrados de ser necesario durante su atención médica en nuestra institución.

He leído este documento en su anverso y reverso y he recibido la información y explicaciones necesarias por lo que entiendo perfectamente su contenido y manifiesto mi acuerdo y autorización, mismo que firmo en este acto y mantengo en vigor en tanto no sean reformados, en todas y cada una de las posteriores visitas al Hospital Metropolitano Vivian Pellas,

Fecha: Día: _____ **Mes:** _____ **Año:** _____ **Hora** _____

Firma del paciente, familiar o responsable: _____

Número de Cédula: _____

Firma del Representante del hospital: _____

Normativas y Procedimientos

1. Los médicos autorizados a hospitalizar y tratar pacientes en el Hospital Metropolitano Vivian Pellas, son profesionales independientes en su práctica médico profesional, que actúan de acuerdo a lo estipulado en los Estatutos y Reglamentos del Hospital Metropolitano y son responsables de la calidad de atención médica que brindan a sus pacientes.
2. Se reconoce que la ciencia médica está en continuo desarrollo y que sobre tratamientos y procedimientos puede haber y frecuentemente hay diferentes opiniones y criterios médicos. Que todo tratamiento o procedimiento médico conlleva la posibilidad de riesgos y beneficios. Que por ello, los pacientes, o los familiares o responsables de los pacientes, al convenir ser atendidos en el Hospital Metropolitano Vivian Pellas autorizan que en cada caso se aplique el criterio que se considere el más adecuado o el mejor posible según las circunstancias, de acuerdo al leal saber y entender de los médicos tratantes, de acuerdo a la capacidad resolutoria del Hospital, dejándolos en libertad de tomar sus decisiones conforme su íntima convicción.
3. Al ingresar al Hospital los pacientes, éstos, o sus familiares o responsables en su caso, aceptan ser atendidos de acuerdo con la capacidad instalada y recursos disponibles en el Hospital, y eximen de responsabilidad al Hospital Metropolitano Vivian Pellas y al personal médico y de enfermería por situaciones derivadas de caso fortuito o fuerza mayor, imposibilidad material, limitaciones propias de la capacidad humana y accidentes que pudieran presentarse.
4. Todo reclamo o demanda del paciente o sus familiares o beneficiarios contra los médicos (profesionales independientes o especialistas bajo contrato del Hospital: (Emergenciólogos, médicos de cuidados intensivos y médicos radiólogos) o personal de enfermería o contra el Hospital Metropolitano, por causas médicas, administrativas o de cualquier otra naturaleza, será dirimido únicamente mediante arbitraje, renunciando expresamente a cualquier otro tipo de juicio. Esto se hará mediante dos árbitros médicos, uno nombrado por cada una de las partes. De no haber acuerdo entre los árbitros, ellos mismos, o en su defecto el Presidente de la Asociación Médica Nicaragüense (AMN), nombrarán un tercer árbitro médico para dictar, por mayoría, el laudo definitivo. El arbitraje será de equidad y de acuerdo a la Ley de Mediación y Arbitraje.
5. Los pacientes atendidos en el Hospital Metropolitano Vivian Pellas, sus familiares, responsables o beneficiarios, al momento de su ingreso se comprometen a utilizar los procedimientos de Mediación y/o Acuerdo establecidos en la Ley para casos de acusación o denuncia.
6. Estas Normativas y Procedimientos del Hospital Metropolitano Vivian Pellas son aceptadas por quien firma en el anverso de este documento denominado **Consentimiento Administrativo**, por lo que expresa la voluntad de ambas partes y adquiere el valor legal de las cláusulas de un contrato.