

**TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA  
TRASPLANTE DE PRECURSORES HEMATOPOYÉTICOS (TPH)**

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ C.I.: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ C.I.: \_\_\_\_\_

**COBERTURA FINANCIERA DEL ACTO MÉDICO "TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA O TAMBIEN LLAMADO  
TRASPLANTE DE PRECURSORES HEMATOPOYÉTICOS (TPH)"**

Tomo conocimiento que el "Trasplante de médula ósea o Trasplante de precursores hematopoyéticos (TPH)" se realiza con cobertura financiera del FONDO NACIONAL DE RECURSOS (FNR). El FNR tiene como cometido financiar ciertos actos médicos para todos los habitantes del país. El acto médico al que seré sometido es realizado en los centros cuya lista se incluye a continuación la cual pude leer o me ha sido leído:

<b>HOSPITAL BRITÁNICO</b>
<b>HOSPITAL MACIEL</b>
<b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL (SMI)</b>

**ELECCIÓN DEL IMAE:** Se me hace saber que puedo optar por ser asistido en cualquier IMAE sin costo alguno de mi parte.

**DERECHO A NO CONSENTIR O RETIRAR EL CONSENTIMIENTO:** Se me informa que en cualquier momento y sin expresión de causa o explicación, puedo modificar la elección de IMAE.

Con la precedente información, dispongo y autorizo que el acto médico de "Trasplante de médula ósea" sea realizado en el IMAE:

\_\_\_\_\_  
**Firma del/de la paciente**

\_\_\_\_\_  
**Firma del médico/a  
tratante**

**CONDICIONES DEL PACIENTE QUE IMPIDEN RECABAR SU ELECCIÓN DE IMAE:** En caso de que a juicio del médico existan condiciones que impidan recabar la elección de IMAE al paciente, el médico debe detallar los motivos a continuación y recabar la firma de un familiar, todo bajo su responsabilidad:

Nombre del familiar: \_\_\_\_\_ C.I.: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Grado de parentesco: \_\_\_\_\_ Motivo por el que no firma: \_\_\_\_\_

Firma del familiar: \_\_\_\_\_