



**HOJA DE ADMISIÓN**

CAMA No.	FECHA DE ADMISIÓN	HORA DE ADMISIÓN	IDENTIFICADOR (FECHA DE NACIMIENTO dd/mm/aaaa)		
NOMBRE DEL PACIENTE					EDAD
DOMICILIO DEL PACIENTE		CALLE	CD.	EDO.	CP TEL. CELULAR
SEXO	ESTADO CIVIL	CORREO ELECTRÓNICO			
PERSONA RESPONSABLE		RELACIÓN	TEL. PARTICULAR y/o CELULAR		
EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A			TEL PARTICULAR y/o CELULAR		
MEDICO TRATANTE					
CONTRATO QUE CELEBRAN POR UNA PARTE UNIDAD MEDICO QUIRÚRGICA MATERNO INFANTIL DE TIJUANA S.C. A QUIEN NOMBRAREMOS EN LO SUCESIVO UMQMITSC.					
_____ COMO PACIENTE Y EL SR.(A)					
_____ COMO REPRESENTANTE O RESPONSABLE DEL PACIENTE					
<p><b>1° AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MEDICO Y/O INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS REQUIERA EN ATENCIÓN A SU PADECIMIENTO O CUALQUIER CONSECUENCIA DEL MISMO.</b>          ACEPTO Y AUTORIZO EXPRESAMENTE QUE SE PRACTIQUEN AL SR.(A) _____ (EN LO SUCESIVO EL "PACIENTE") CUANTAS CURACIONES, ATENCIONES E INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS REQUIERA EN ATENCIÓN A SU PADECIMIENTO O CUALQUIER CONSECUENCIA DEL MISMO.</p> <p>ACEPTO Y AUTORIZO EXPRESAMENTE QUE EL DR. _____ QUIEN PREVIAMENTE HA SIDO CONTRATADO POR EL PACIENTE APEGÁNDOSE ESTRICTAMENTE LOS PRIVILEGIOS QUE LA DIRECCIÓN MEDICA DE UMQMITSC LE HA CONCEDIDO PRACTIQUE U ORDENE CUANTO EXAMEN, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, RECONOCIMIENTO, ANÁLISIS, CURACIÓN O PROCEDIMIENTO MEDICO O SOLICITE INTERCONSULTAS O COLABORACIÓN DE OTRO (S) MEDIC O(S) QUE TENGA (N) PRIVILEGIOS DENTRO DE UMQMITSC NECESARIOS PARA LA ATENCIÓN DEL PADECIMIENTO DEL PACIENTE O DE CUALQUIER CONSECUENCIA DEL MISMO, ACEPTANDO DESDE AHORA CUALQUIERA Y TODOS LOS RIESGOS IMPLÍCITOS AL TRATAMIENTO O DERIVADOS DEL MISMO.</p>					
<p><b>2°OBJETOS PERSONALES</b>          ACEPTO QUE UMQMITSC ÚNICAMENTE SERA RESPONSABLE POR LA PERDIDA, ROBO O DAÑOS DE LOS OBJETOS O VALORES DEL PACIENTE QUE SEAN INVENTARIADOS Y DEPOSITADOS EN LAS CAJAS DE SEGURIDAD DEL DEPARTAMENTO DE ADMISIÓN DEL HOSPITAL AMPARADOS POR EL RECIBO FORMAL DE LOS OBJETOS ENTREGADOS EXPEDIDOS POR EL PROPIO HOSPITAL.</p>					
<p><b>3° PAGO DE LOS SERVICIOS</b>          EL PACIENTE CONVIENE EXPRESAMENTE EN PAGAR DE CONTADO A UMQMITSC TODOS Y CADA UNO DE LOS GASTOS Y CARGOS POR CONCEPTO DE LOS SERVICIOS PROPORCIONADOS AL PACIENTE A EXPEDICIÓN DE LOS HONORARIOS MÉDICOS LOS CUALES SERÁN PAGADOS EN FORMA SEPARADA CONFORME A LA TARIFA EN VIGOR CONTRA LA PRESENTACIÓN DE LOS ESTADOS DE CUENTA RESPECTIVOS.</p>					
<p><b>4° DEUDOR SOLIDARIO</b>          EL REPRESENTANTE O RESPONSABLE DEL PACIENTE SE CONSTITUYE EXPRESAMENTE EN DEUDOR SOLIDARIO CON EL PACIENTE RESPECTO DEL PAGO DE LOS GASTOS Y CARGOS MENCIONADOS EN EL PÁRRAFO QUE ANTECEDE.</p>					
<p><b>5° JURISDICCIÓN</b>          PARA TODO RELATIVO A LA INTERPRETACIÓN Y CUMPLIMIENTO DEL PRESENTE CONTRATO SERÁN APLICABLES LAS LEYES Y COMPETENTES TRIBUNALES DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA.</p>					
_____			_____		
REPRESENTANTE O RESPONSABLE DEL PACIENTE			PACIENTE		