



**INOT**  
INSTITUTO NACIONAL  
DE ORTOPEDIA  
Y TRAUMATOLOGÍA

asesalud

**SERVICIO DE RADIOLOGÍA**

**SOLICITUD DE ESTUDIOS RADIOLÓGICOS**

FECHA ...../...../.....

NOMBRE Y APELLIDO .....

NUMERO DE REGISTRO..... EDAD .....

URGENCIA

POLICLINICA

INTERNACION  CAMA .....

ESTUDIO RADIOLOGICO SOLICITADO .....

.....

.....

DATOS CLINICOS .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

SE HIZO ESTUDIOS RADIOLÓGICOS ANTERIORES: SI..... NO.....

FIRMA MEDICO SOLICITANTE .....

CONTAFIRMA MEDICO SOLICITANTE .....



**INOT**  
INSTITUTO NACIONAL  
DE ORTOPEDIA  
Y TRAUMATOLOGÍA

asesalud

asse

Administración de los Servicios  
de Salud del Estado

## RESUMEN DE EGRESO

Nombre: \_\_\_\_\_ N° C.I.: \_\_\_\_\_

Fecha Ingreso: \_\_\_\_\_ Fecha de alta: \_\_\_\_\_

RESUMEN: TRAUMATÓLOGO, CIRUJANO PLÁSTICO, TERAPIA DEL DOLOR

INDICACIONES AL ALTA

INDICACIONES AL ALTA

INTERCONSULTAS:

CONTRAREFERIDO A:



**INOT**  
INSTITUTO NACIONAL  
DE ORTOPEdia  
Y TRAUMATOLOGÍA  
= assesalud

\_\_\_\_\_  
*de SACA*  
\_\_\_\_\_

X  
y

**MSP - ASSE**  
INSTITUTO NACIONAL DE O. Y TRAUMATOLOGIA  
"Dr. José Luis Bado"

**ANAMNESIS Y EXAMEN FISICO**

APELLIDOS Y NOMBRES:	C.I.:	EDAD:
----------------------	-------	-------

ANTECEDENTES PERSONALES:

ENFERMEDAD ACTUAL:

DIAGNOSTICO:

ESTUDIOS SOLICITADOS:







**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Montevideo, ..... de ..... de .....

Por medio del presente yo ....., CI ..... doy mi consentimiento al Dr./a ..... para realizarme los actos médicos (Intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos terapéuticos o terapéuticos invasivos), que a continuación se detallan (**Identificación y descripción del procedimiento**).....

Asintiendo que en caso de necesidad pueda ser asistido por otros profesionales, así como la realización de procedimientos adicionales urgentes considerados necesarios por el equipo médico, como también la participación de personal en formación debidamente supervisado.

Se me ha explicado detenida y completamente la naturaleza y propósitos de los procedimientos médico/quirúrgicos a realizar, beneficios esperados y complicaciones precoces y tardías, molestias y riesgos que puedan producirse:

- Riesgos poco frecuentes** .....
- Riesgos personales del paciente** .....
- Riesgos frecuentes** .....
- Consecuencias probables de la realización y no realización del procedimiento** .....

- He sido debidamente advertido a que el/los procedimiento/s que autorizo tiene en mi situación actual determinadas interacciones y contraindicaciones con otros procedimientos, tratamientos y medicamentos, y que eventualmente puede aparejar restricciones y/o incomodidades en mi estilo de vida.
- He comprendido en todos sus términos la información recibida y se me han respondido a mi entera satisfacción todas las preguntas que he formulado por lo que en forma libre y voluntaria asumo con pleno conocimiento las consecuencias emergentes de los riesgos que pudieren derivarse de los actos y prácticas que autorizo.
- Reconozco que dada la naturaleza de la ciencia médica, se asume una obligación de medio sin garantizar el resultado del acto médico.
- Declaro que la información por mi proporcionada sobre mis antecedentes médicos es veraz y completa sin que haya incurrido en omisiones ni alteraciones de ningún tipo y que he recibido las correspondientes indicaciones previas y posteriores al acto médico que autorizo, las cuales me comprometo a cumplir.
- Hago constar que: **a)** me encuentro en pleno conocimiento de que puedo revocar el presente consentimiento en cualquier momento previo a la realización del acto médico que autorizo, sin expresión de causa **b)** se me ha informado que previamente a la realización del procedimiento que autorizo debo presentar la vacuna antitetánica vigente y procurar dos donantes de sangre al Servicio de Hemoterapia **c)** he recibido copia de este documento.
- En caso de los menores no emancipados ni habilitados de edad, se deja constancia de haber actuado de acuerdo a lo previsto en el decreto 274/010 art. 24 lit. a.
- El contenido del presente documento, me ha sido explicado detalladamente y en los términos señalados, por el Dr./a ..... en cuya presencia y de conformidad, suscribo este consentimiento.

**Firma del paciente:** ..... **Firma del Médico** .....

**Aclaración:** ..... **Aclaración:** .....

En caso de no firmar el paciente firma por el mismo la siguiente persona, quien expresa bajo declaración jurada ser: ..... del paciente.

**TESTIGOS:**

**Firma:** ..... **Aclaración:** ..... **Domicilio:** ..... **CI:** .....

**Firma:** ..... **Aclaración:** ..... **Domicilio:** ..... **CI:** .....

Manifiesto de forma libre y consciente la **REVOCACIÓN** para su realización haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

**Fecha:** .....  
**Firma del paciente:** .....