

MODELO DE NOTA QUE SE SUGIERE FIRME EL PACIENTE

Completar con letra de imprenta.

Apellidos y nombres del paciente.....

Nacionalidad.....Edad.....

Domicilio.....

Localidad.....Departamento.....

Teléfono.....Celular.....

Cédula Identidad N°.....E-mail.....

DEJO EXPRESA CONSTANCIA que a través de.....

(entidad que realizó la selección en Paraguay) fui seleccionada/o para mi tratamiento en.....

....., que viajé a ese país en fecha.....

Siendo intervenida/o de

(descripción de la afección y cirugía realizada) en(Hospital, Ins

tituto, etc, donde se realizó la intervención) el día.....(fecha de la intervención)

habiendo regresado a Paraguay en fecha.....

En este acto soy debidamente informada/o por el Dr/a.....

Que como consecuencia de la intervención quirúrgica mencionada padezco.....

....., con el siguiente pronóstico.....

Autorizo al Dr. (médico tratante) a utilizar la totalidad de la información proporcionada, estudios e imágenes de mi persona, a los efectos de su comunicación a Entidades Oftalmológicas, Autoridades y Opinión Pública.

Declaro prestar servicios en los siguientes establecimientos

Lugar y fecha.....

.....
Firma del paciente

.....
Aclaración de firma del paciente