

NUMERO DE SOCIO

DIA	MES	AÑO

EMPRESA / INSTITUCION: _____	Nº CLIENTE _____
NOMBRE SOCIO TITULAR: _____	Nº CLIENTE _____

APELLIDOS: _____	NOMBRES: _____	
C. IDENTIDAD: _____	FECHA DE NACIMIENTO: _____	SEXO: _____
CATEGORIA: _____	CODIGO: _____	
Nº COBRO: _____	FUNCIONARIO: _____	
TELEFONO: _____	CELULAR: 095877725	E-MAIL: _____
OCUPACION: _____		

DOMICILIO DE ASISTENCIA	UBICACION: <input type="text"/>	
CALLE: C _____	Nº: _____	APTO: _____
LATERAL 1: _____		
LATERAL 2: _____		
SOLAR: _____	MANZANA: _____	CHALET: _____
COMP. HABITACIONAL: _____	BLOCK: _____	TORRE: _____
BARRIO: HUELMO	PROXIMO A: _____	
OBSERVACIONES: <u>comp.b19</u>		

FORMA DE PAGO	TARJETA <input type="checkbox"/>	CENTRALIZADA <input type="checkbox"/>	ABITAB <input type="checkbox"/>	DOMICILIO <input type="checkbox"/>
----------------------	----------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------	------------------------------------

DOMICILIO DE COBRO	RADIO: _____	
CALLE: _____	Nº: _____	APTO: _____
LATERAL 1: _____		
LATERAL 2: _____		
SOLAR: _____	MANZANA: _____	CHALET: _____
COMP. HABITACIONAL: _____	BLOCK: _____	TORRE: _____
BARRIO: _____	PROXIMO A: _____	
OBSERVACIONES: _____		
TELEFONO DE COBRO: _____	TELEFONO TRABAJO: _____	
TARJETA: _____	Nº TARJETA: _____	
TITULAR TARJETA: _____	C. IDENTIDAD TITULAR: _____	

SERVICIO	FUENTE	PUESTO	FUNCIONARIO

PRECIO INICIAL DE LA CUOTA \$	MAS IMPUESTOS
-------------------------------	---------------

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:		
NOMBRE: _____	TELEFONO: _____	CELULAR: _____

PROMOCION:	
POR AMDM-IAMPP	SOLICITANTE:

Firma: _____
Firma: _____

Aclaración: _____
Aclaración: _____

Relación(*): _____



CONTRATO DE SERVICIO. En _____ el
, POR UNA PARTE: ASISTENCIAL MÉDICA DEPARTAMENTAL DE MALDONADO IAMPP,
Base _____, representada por _____ y _____, con domicilio en _____ (en
adelante AMDM - IAMPP) y POR OTRA PARTE: , MARIANO * ALDAVE CEDREZ mayor de edad, C.I.: 5282098-5 ,
domiciliado en CEBERIO DR. ANDRES (AVDA) 25 (en adelante "el afiliado") por otra, se conviene en celebrar el siguiente
contrato.

PRIMERA: AMDM - IAMPP se obliga a prestar un servicio médico de emergencia con cobertura total al afiliado dentro de los límites geográficos de la Base referida en la comparecencia. Se entiende por Emergencia toda situación aguda que ocasione la inestabilidad de una o más de las funciones fisiológicas mayores que de no ser asistido en forma urgente y adecuada puede conducir a la muerte o a secuelas a veces irreversibles. La emergencia se atenderá por AMDM - IAMPP en el lugar que se indique, dentro del radio de acción de la Base de AMDM - IAMPP referida en la comparecencia. El afiliado tiene la obligación de suministrar con la mayor precisión la dirección que permita una rápida concurrencia, así como el número de Cédula de Identidad y la edad. El radio de acción de cada una de las Bases de AMDM - IAMPP está determinado por los límites establecidos y comunicados en nuestro sitio web (www.asistencial.com.uy).

SEGUNDA: La asistencia de la emergencia contará con la intervención de médicos entrenados en emergencia para niños (válido solo para Maldonado y San Carlos), o adultos, asistidos de personal técnico auxiliar. De ser necesario el afiliado será trasladado al lugar que haya indicado dentro del área geográfica cubierta por la unidad móvil de la BASE local que corresponda, para recibir la cobertura asistencial necesaria para atender su afección o tratamiento definitivo, según lo dispuesto por el artículo 107, literal E, del Decreto 455/2001. Este traslado se hará en una Unidad Móvil especialmente diseñada, acondicionada y provista conforme a lo dispuesto por el Decreto 578/986 del 26 de Agosto de 1986. Este contrato asegura los traslados cuando son dispuestos exclusivamente por los técnicos de AMDM - IAMPP. La única modalidad de asistencia a la que se compromete AMDM - IAMPP es la aquí detallada. Dentro de los traslados no están comprendidos aquellos interinstitucionales de un lugar a otro para continuar con el tratamiento o realizar exámenes determinados por otros médicos ajenos a AMDM-IAMPP. En la zona comprendida por las bases de Piriápolis y Pan de Azúcar no recibirán cobertura los niños de 0 a 14 años

TERCERA: El afiliado adquirirá en forma inmediata todos los derechos emergentes de este contrato a partir del momento en que abone la primera cuota de afiliación. El paciente solicitará los servicios toda vez que entienda encontrarse en una situación de emergencia y podrá efectuar los requerimientos del caso conforme a la definición de la Cláusula Primera. El uso justificado del servicio será ilimitado. En caso de llamadas no justificadas, reiteradas en el lapso de 12 meses, se autoriza a AMDM - IAMPP a cobrar el acto médico de acuerdo al arancel particular, sin perjuicio de resolver definitivamente la desafiliación o rescisión unilateral del contrato, previa vista del afiliado, notificada en forma auténtica, con plazo de diez días corridos, para efectuar los descargos. La desafiliación dispuesta será comunicada al Ministerio de Salud Pública y notificada al afiliado en forma auténtica.

CUARTA: La solicitud de servicio de Emergencia podrá ser efectuada por el afiliado, sus familiares, encargados o terceros responsables que eventualmente lo estén socorriendo.

QUINTA: El afiliado o responsable de la afiliación en su caso, debe indicar en el momento de suscribir este contrato, el lugar o lugares dentro del Departamento de Maldonado donde debe ser trasladado si lo necesita para continuar la asistencia. Cesa la responsabilidad de AMDM - IAMPP una vez arribado el afiliado al lugar indicado y habiéndole tomado a su cuidado el médico de la institución asistencial de referencia.

SEXTA: La cuota se reajustará semestralmente de acuerdo al I.P.C del semestre inmediato anterior.

SÉPTIMA: Son obligaciones del afiliado: A) Pagar la cuota mensual por adelantado. La morosidad de dos cuotas implicará la suspensión del servicio y facultará a AMDM - IAMPP a disponer de la desafiliación definitiva y consiguiente rescisión unilateral del contrato, previa vista al afiliado, notificada en forma auténtica, con plazo de diez días corridos dentro de los que podrá presentar sus descargos o abonar las cuotas adeudadas. B) Exhibir documento de identidad y carné de afiliado de AMDM - IAMPP en todo acto o gestión que se le solicite. C) No autorizar ni facultar el uso indebido del servicio por parte de terceros en razón del carácter personal e intransferible de la afiliación. D) Emplear en todo caso, en mérito de la reciprocidad entre familiares, pacientes, médicos y colaboradores, un tratamiento correcto, cortés y de buenos modales, al margen de las dificultades o eventualidades que imponga la atención de Emergencia. E) A seguir las indicaciones del médico de AMDM - IAMPP de inmediato sin obstaculizar su labor en cuanto a la asistencia, tratamientos o traslados ordenados. En caso de negativa, el médico deberá indicar en detalle al socio y/o familiares presentes, las derivaciones que puedan sobrevenir. Si aún se mantiene el impedimento al trabajo médico, se hará firmar constancia a los presentes y se anotará esa circunstancia en la historia clínica.

OCTAVA: AMDM - IAMPP no asume responsabilidad alguna por extravío de valores, dinero o efectos personales que invoque tener en su poder el afiliado en el momento de ser asistido. AMDM - IAMPP a su vez se reserva el derecho de brindar sus servicios en condiciones normales. A simple título enunciado se indican algunos casos de exclusión: pacientes embarcados, afiliado que requiera los servicios en un edificio con apagón y/o sin ascensor más arriba del tercer piso, cuando sea imposible actuar en condiciones de seguridad mínima para el equipo médico ante pacientes agresivos, situaciones de violencia en el ambiente donde se encuentra el afiliado (incendio, gases peligrosos, etc.) En su prueba de conformidad se firman dos ejemplares del mismo tenor en el lugar y fecha arriba indicados.

AMDM – IAMPP

Por el Afiliado responsable

Nombre: MARIANO * ALDAVE CEDREZ

Céd. Iden.: 5282098-5

CARDIO VASCULAR	1000		SI	NO
	1001	INFARTO PREVIO		
	1002	ANGINA DE PECHO		
	1003	CIRUGIA CARDIACA		
	1004	ANGIOPLASTIA		
	1005	CAROTIDA		
	1006	PROTESIS VALVULAR		
	1007	MARCAPASOS		
	1008	ANTICOAGULADO		
	1009	HIPERTENSION ARTERIAL		
RESPIRATORIO	2000			
	2001	ASMA		
	2002	BRONQUITIS CRONICA		
	2003	FUMADOR		
ALERGIAS	3000			
	3001	PENICILINA		
	3002	DIPIRONA		
	3003	ASPIRINA		
	3004	OTROS		
METABOLICO	4000			
	4001	DIABETES		
	4002	COLESTEROL		
	4003	OTROS		
NEUROLOGICO	5000			
	5001	ACCIDENTE VASCULAR		
	5002	CONVULSIONES		
	5003	ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS		
	5004	OTRAS		
PEDIATRIA	6000			
	6001	PREMATUREZ		
	6002	PESO AL NACER		
	6003	BRONQUIOLITIS		
	6004	ALERGIAS		
	6005	ENFERMEDADES CONGENITAS		
UROLOGICO	7000			
	7001	COLICO NEFRITICO		
	7002	INFECCIONES URINARIAS		

Fecha: 07 de Diciembre de 2021

Firma del afiliado _____

Aclaración de firma _____

F
i
r
m
a

d
e
l

f
u