

Formulario de ingreso para pacientes

Tipo de ingreso

- Ambulatorio
 Estacionario
 Hospital de día (parcialmente estacionario)

SOLICITUD DE INGRESO DE LA CLÍNICA

FECHA PREVISTA DE INGRESO/
TRATAMIENTOHORA PREVISTA DE INGRESO/
TRATAMIENTO

Datos generales

Datos personales

NÚMERO DE LA SEGURIDAD SOCIAL/AHV (SEGURO DE VEJEZ Y SUPERVIVIENTES)

NÚMERO TARJETA DEL ASEGURADO

APELLIDO

NOMBRE

APELLIDO DE SOLTERA

FECHA DE NACIMIENTO

SEXO femenino masculino

LUGAR DE ORIGEN/CANTÓN

PROFESIÓN

IDIOMA

NACIONALIDAD

PERMISO DE RESIDENCIA

RELIGIÓN / CONFESIÓN protestante católica otra:ESTADO CIVIL soltero/a casado/a pareja de hecho registrada separado/a divorciado/a viudo/a

Domicilio fiscal / Dirección

CALLE / NÚMERO

CP / LOCALIDAD

CANTÓN / PAÍS

TELÉFONO

MÓVIL

CORREO ELECTRÓNICO

Otro domicilio / residencia semanal

DOMICILIADO/A EN LA CASA DE

CALLE / NÚMERO

CP / LOCALIDAD

CANTÓN / PAÍS

TELÉFONO

MÓVIL

CORREO ELECTRÓNICO

Empresa en la que trabaja

NOMBRE DE LA EMPRESA

TELÉFONO / MÓVIL

CALLE / NÚMERO

CP / LOCALIDAD

CANTÓN / PAÍS

Persona de referencia

 Cónyuge
 Pareja de hecho registrada
 Padres/padre o madre
 Hermanos

 Otras:

APELLIDOS

NOMBRE

TELÉFONO / MÓVIL

CALLE / NÚMERO

CP / LOCALIDAD

CANTÓN / PAÍS

Solicitud de información a médicos y personal médico que le hayan tratado anteriormente

El/la paciente se declara conforme con que el USZ solicite la información médica necesaria para la realización del tratamiento a los médicos que le han tratado anteriormente, así como a otro personal sanitario y, en este contexto, les exime del deber de secreto profesional.

 sí no

.....
APELLIDOS

.....
NOMBRE

Causa de ingreso en el hospital

- Enfermedad
 Accidente
 Enfermedad congénita

- Maternidad
 Dictamen pericial para el seguro
 Enfermedad profesional

Datos para su seguro

Cobertura del seguro

- General en cantón de domicilio
 General en toda Suiza
 Semiprivado
 Privado
- Pago a cargo del paciente

TRATAMIENTO ESTACIONARIO DESEADO

- General
 Semiprivado
 Privado

Seguro básico

.....
NOMBRE DEL SEGURO/LOCALIDAD

Seguro complementario

.....
NOMBRE DEL SEGURO/LOCALIDAD

.....
NÚMERO DE PÓLIZA

.....
EXCLUSIONES EXISTENTES

Seguro de accidentes/de invalidez/militar

- Seguro de accidentes
 Seguro de invalidez
 Seguro militar

.....
ASEGURADOR / LOCALIDAD

.....
NÚMERO DE PÓLIZA

.....
N° DE ACCIDENTE

.....
N° DE EMPRESA

.....
LUGAR DEL ACCIDENTE

.....
FECHA DEL ACCIDENTE

.....
NÚMERO DISPOSICIÓN DE INVALIDEZ

Nombre / dirección de su médico de cabecera

.....
NOMBRE

.....
TELÉFONO/ MÓVIL

.....
CALLE/NÚMERO

.....
CP/LOCALIDAD

Nombre/dirección del médico que solicita el ingreso del/ de la paciente

.....
NOMBRE

.....
TELÉFONO/ MÓVIL

.....
CALLE/NÚMERO

.....
CP/LOCALIDAD

¿Ha sido tratado/a alguna vez en el Hospital Universitario de Zúrich?

- No Sí, ¿en qué clínica?

Dirección para envío de la factura (si no es la indicada anteriormente)

.....
APELLIDOS

.....
NOMBRE

.....
CALLE/NÚMERO

.....
CP/LOCALIDAD

Informaciones para el ingreso

Según al artículo 24 de la «Ordenanza sobre prestaciones y tasas del Hospital Universitario de Zúrich (USZ) del 25/03/2009», el USZ debe comprobar sus datos personales en el momento de su ingreso en el hospital.

Para ello necesitamos:

- Un documento de identidad, un pasaporte válidos o un certificado de autorización de residencia actual, emitido por las Oficinas de Control de Población locales. Los ciudadanos de otros países también pueden presentar su documento extranjero.
- La tarjeta del seguro que cubre las prestaciones (seguro de enfermedad, seguro de accidentes, seguro de invalidez, etc.).
- La carta de citación para ingreso de la clínica correspondiente o los documentos de solicitud de ingreso en el hospital del médico que ordena la internación.
- El presente formulario de ingreso cumplimentado y firmado.

Cobertura de costes

El/la paciente queda enterado/a de que es el acreedor/a ante el USZ del tratamiento deseado por éste/ésta. Confirma que conoce el alcance de la cobertura de su seguro; el USZ no tiene ninguna obligación de clarificación. Si el USZ realiza amablemente clarificaciones y no hubiese garantía de pago completo ni cobertura de los costes por parte de un prestatario (aseguradora/cantón), los costes del/ de la paciente se cargarán a su cuenta. El/la paciente no podrá reclamar posteriormente que se equivocó ni que estimó erróneamente la cobertura de su seguro. A falta de una garantía de pago, el USZ puede exigirle que entregue un depósito para cubrir los costes previstos del tratamiento.

El/la paciente declara con su firma que sus datos son correctos. Además, autoriza que estos sean transmitidos a todas las partes pertinentes para garantizar la cobertura de los costes y en su caso la clarificación de datos personales (p.ej. caja de enfermedad, seguridad social). La transferencia de datos tendrá lugar teniendo en cuenta las condiciones de la protección de datos.

Investigación

Estoy de acuerdo con que mis datos médicos se empleen para proyectos futuros de investigación y formación. En caso de que se transmitan a terceros, se guardará en todo caso el anonimato. Podrá revocar su consentimiento en todo momento.

- Sí No

Localidad

Fecha

Firma del / de la paciente
o de su representante legal

Hospital Universitario de Zúrich
Dirección financiera
Rämistrasse 100
8091 Zúrich
Teléfono +41 (0)44 255 11 11
www.usz.ch