

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO ELECCIÓN MÉDICO DE FAMILIA

Chihuahua, Chih., _____ de _____ 2012.

Por la presente yo, _____,
derechohabiente de Pensiones Civiles del Estado, con número _____,
acepto en este momento seleccionar al Médico de Familia que se encargará de llevar a cabo la
atención médica en Primer Nivel de todo mi núcleo familiar, a partir del 1º. de diciembre de 2012.

Estoy enterado(a) de los beneficios que representa para mi y mis beneficiarios contar con un
Médico de Familia fijo, responsable del cuidado de nuestra salud.

Entiendo y acepto que como asegurado puedo elegir dos opciones para seleccionar al Médico de
Familia de mi preferencia y que en caso de que mi primera opción esté saturada, se me asignará el
médico de mi segunda opción, con la posibilidad de que una vez que haya recibido consulta con el
médico asignado, puedo solicitar por escrito mi cambio ante el Delegado(a) de Pensiones Civiles,
especificando claramente los motivos que justifiquen dicha petición.

Se me explicó que en caso de que por motivos de trabajo o estudio mi familia se encuentre
radicando en distintos lugares, yo como asegurado tomaré la decisión del lugar donde elijo la
asignación del Médico de Familia. Aceptando que, en este caso, el resto de los integrantes de la
familia que vivan en un lugar diferente, serán atendidos en su lugar de residencia como foráneos; a
excepción de los beneficiarios padres quienes podrán elegir a su Médico de Familia en el lugar de
su residencia, aunque fuera distinto a la mía.

Para uso exclusivo
de Sistemas
ASIGNADO

Opción 1: Dr. (a) _____

Opción 2: Dr.(a): _____

Nombre Firma Teléfono

Nombre del Testigo Firma Teléfono

**Declaro que a pesar de las explicaciones que he recibido en este momento no estoy
dispuesto a seleccionar a mi Médico de Familia y estoy enterado que Pensiones Civiles del
Estado, por sistema, me asignará al Médico que me corresponda para que a partir del 1o. de
diciembre de 2012 pueda acceder a los servicios médicos.**

ENTERADO

Nombre

Firma

Teléfono

