

FUNDACIÓN GUATEMALTECA DE TRASPLANTE HEPATICO -FUNDAHEPA-
RESOLUCION APROBACIÓN DE MANUALES Y PROTOCOLOS
No. 08-MA-HEPA-2025

PROTOCOLO DE ATENCION DE SERVICIOS DE SALUD

Guatemala, cuatro (4) de agosto de dos mil veinticinco (2025)

CONSIDERANDO:

Que a través del Acuerdo Ministerial número 146-2025 del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social se aprobó el Convenio MSPAS 38-2025 de Provisión de Servicios de Salud y Cooperación Financiera entre el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y FUNDACIÓN GUATEMALTECA DE TRASPLANTE HEPÁTICO la cual podrá abreviarse FUNDAHEPA, a través del cual se asignaron recursos financieros destinados para el funcionamiento de la Fundación.

CONSIDERANDO:

Que de conformidad con el artículo 2 del Decreto Número 31-2002 del Congreso de la República de Guatemala, Ley Orgánica de la Contraloría General de Cuentas, establece: *"Ambito de competencia. Corresponde a la Contraloría General de Cuentas la función fiscalizadora y de control gubernamental en forma externa de los activos y pasivos, derechos, ingresos, egresos (...) están sujetos a esta fiscalización y control externo los contratistas de obras públicas, Organizaciones No Gubernamentales, Asociaciones, Fundaciones, (...) que por delegación del Estado reciba, invierta o administre fondos públicos, incluyendo donaciones recibidas y ejecutadas por el Estado, en lo que se refiere al manejo de estos fondos (...)"*

CONSIDERANDO:

Que de conformidad con el artículo 2 del Acuerdo A-028-2021 de la Contraloría General de Cuentas, Sistema Nacional de Control Interno Gubernamental (SINACIG), establece: *"Sujetos obligados y ambitos de aplicación. Las disposiciones que conforman SINACIG, son de observancia general y obligatoria, debe ser aplicado para ejercer el control interno institucional y la gestión de riesgos por parte de la máxima autoridad, equipo de dirección, auditor interno y servidores públicos de la entidades a que se refiere el artículo 2, del Decreto Numero 31-2002, del Congreso de la República."*

CONSIDERANDO:

Que la Contraloría General de Cuentas, a través del Sistema Nacional de Control Interno Gubernamental -SINACIG-, aprobado mediante el Acuerdo número A-028-2021, estableció dentro de los componentes de Control Interno, las Normas Relativas al Entorno de Control y Gobernanza, dentro de las cuales en el segundo párrafo del numeral 4.1 establece: *"La máxima autoridad de la entidad deberá impulsar la buena gobernanza y prácticas íntegras de control interno, incorporándolas en las declaraciones de misión y visión institucionales, así como en planes estratégicos institucionales, diseño de manuales de políticas y procedimientos y otras guías que regulen el comportamiento de los servidores públicos"*

CONSIDERANDO:

Que con base en lo establecido en el artículo 10 de los estatutos de la Fundación *"Asamblea General. La Asamblea General es la máxima autoridad de la asociación (...)"* asimismo en el artículo 18 de los estatutos establece *"Atribuciones de la Asamblea General Extraordinaria. Son atribuciones de la Asamblea General Extraordinaria: (...)* c) *Aprobar los reglamentos que sean necesarios para la buena marcha de los asuntos de La Fundación; (...)"* y en el artículo 25 de los estatutos de la Fundación *"Atribuciones de la Junta Directiva. Son atribuciones de la Junta Directiva: a) cumplir y hacer que se cumplan los reglamentos y las resoluciones de la asamblea general (...)"*

CONSIDERANDO:

Que con base en lo acordado en la Asamblea General Extraordinaria de Asociados de fecha 4 de agosto de 2025, contenida en Acta Notarial autorizada por el Notario Pablo Enrique Rojas Cifuentes, se aprobó la elaboración, impresión e implementación de Manuales y Programas, para el funcionamiento de la Fundación.

POR TANTO:

Con base en lo considerado en los parafos anteriores y actuando de acuerdo a lo que establece el convenio MSPAS 38-2025 de Provisión de Servicios de Salud, Asistencia Social y Cooperación Financiera entre el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y la Fundación Guatemalteca de Trasplante Hepático (FUNDAHEPA) el Decreto Número 31-2002 del Congreso de la República de Guatemala, Ley Orgánica de la Contraloría General de Cuentas, el Acuerdo A-028-2021 de la Contraloría General de Cuentas, Sistema Nacional de Control Interno Gubernamental (SINACIG), y los Estatutos de la Fundación, la Junta Directiva.

RESUELVE:

PRIMERO: Aprobar la elaboración, impresión e implementación del **PROTOCOLO DE ATENCION DE SERVICIOS DE SALUD** de la Fundación Guatemalteca de Trasplante Hepático la cual podrá abreviarse FUNDAHEPA.

SEGUNDO: Procédase a notificar de la presente resolución y del contenido del **PROTOCOLO DE ATENCION DE SERVICIOS DE SALUD** a todas las áreas administrativas, financieras, operativas y proveedores de FUNDAHEPA, para su conocimiento, aplicación y cumplimiento.

TERCERO: Encargar al área Administrativa y Operativa el seguimiento y la supervisión del cumplimiento de lo establecido en el **PROTOCOLO DE ATENCION DE SERVICIOS DE SALUD**, así como la actualización del mismo cuando sea necesario, previa aprobación de la Junta Directiva.



Tú das Vida
FUNDAHEPA

Lic. Pablo David Bonilla Hernández
Presidente de J.D.

Ing. Sixto Enrique Bravo Pariente
Tesorero de J.D.



Protocolo de Atención de Servicios de Salud

**FUNDACIÓN
GUATEMALTECA DE TRASPLANTE HEPÁTICO
FUNDAHEPA**

Tú das Vida

**PROTOCOLO DE ATENCIÓN
DE SERVICIOS DE SALUD**

2025

Índice

1. Introducción	3
2. Objetivos del Protocolo	3
3. Entidades involucradas.....	3
4. Protocolo General de Atención	4
5. Consideraciones Éticas y de Calidad.....	8
6. Evaluación y Actualización del Protocolo	8
ANEXO	9
Anexo 1. COMPROMISO DE INGRESO	10
Anexo 2. HOJAS DE GRATUIDAD DE SERVICIOS	14
Anexo 3. HOJAS DE GRATUIDAD DE SERVICIOS	15
Anexo 4. Flujograma de atención.....	27

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

1. Introducción

El presente manual establece el protocolo de atención para la prestación de servicios de salud especializados en enfermedades hepáticas por parte de la Fundación Guatemalteca de Trasplante Hepático FUNDAHEPA, en coordinación con el Sistema Nacional de Salud, laboratorios y médicos especialistas.

Su objetivo es garantizar un proceso eficiente, humanizado y alineado a las metas físicas y presupuestarias del Plan de Trabajo 2025.

2. Objetivos del Protocolo

- Garantizar el acceso oportuno y eficiente a los servicios de diagnóstico y tratamiento.
- Optimizar la referencia y contrarreferencia entre el Sistema Nacional de Salud y FUNDAHEPA.
- Establecer procedimientos claros para cada etapa de atención.
- Asegurar trazabilidad desde la captación hasta el alta médica o derivación.

3. Entidades involucradas

- FUNDAHEPA
- Sistema de Salud Nacional (MSPAS)
- Laboratorio clínico
- Médicos Especialistas (Hepatólogos, Gastroenterólogos, Cirujanos, Nutricionistas)

4. Protocolo General de Atención

A continuación, se detalla el proceso de documentación de pacientes que ingresan por primera vez a FUNDAHEPA para cumplir con los requisitos mínimos de identificación y de esta manera lograr realizar la evaluación obligatoria por paciente para que el enfoque sea dirigido al servicio especializado de la Fundación.

Para ingresar al programa de FUNDAHEPA y los beneficios, se le solicita la documentación obligatoria al paciente, familia o conocido. Dicha información se brinda a través de 3 medios simultáneos o dependiendo del medio de comunicación y la posibilidad del paciente:

- Vía telefónica
- Correo electrónico
- Redes Sociales (Facebook, WhatsApp)

4.1 Referencia de pacientes

Los hospitales y centros de salud del sistema nacional, al identificar pacientes con sospecha o diagnóstico de enfermedades hepáticas, deberán elaborar una hoja de referencia médica conforme al formato del MSPAS, que es requisito indispensable para ser beneficiario de los servicios que presta FUNDAHEPA.

4.2 Ingreso y apertura de expediente

Luego de evaluación de documentación completa por parte de coordinación de Trabajo Social, el paciente (si se encontrara delicado o grave de salud el familiar), y a pacientes menores de edad (padres) deberá llenar el compromiso de ingreso, una vez se le explique al paciente y/o familiar de manera oral. El paciente y/o familiar leerá detenidamente para proceder a las firmas correspondientes, si no sabe leer ni escribir se solicitará huella dactilar y firma del acompañante (Si viene solo únicamente huella dactilar).

Una vez el paciente presenta la documentación completa, Trabajo Social realiza apertura del expediente digital y físico, siguiendo el correlativo previo a la presentación de documentación y procede a brindar servicios.

El expediente, será debidamente identificado por fuera con código y nombre de paciente, deberá ser supervisado constantemente, para que contengan todo el contenido necesario y actualizado, asimismo, se adjuntará de manera cronológica el seguimiento clínico detallado por los médicos especialistas.

También se creará un expediente digital para que los médicos especialistas puedan ver el informe y avance clínico con lo cual contarán con acceso al registro clínico, imágenes y demás servicios prestados por FUNDAHEPA. La recepcionista será la encargada de habilitar una carpeta con título "(año) Beneficiarios FUNDAHEPA" y dentro de esta carpeta se abrirá otra carpeta por paciente, código y con nombre a la vista, la cual deberá contener el registro clínico. Dichas carpetas serán supervisadas constantemente, para que contengan todo el contenido necesario y actualizado, por la Asistente Administrativo.

4.3 Estudio socio económico:

Luego de firmar el documento compromiso de ingreso, se refiere con Trabajadora Social para que se le realice el debido estudio socioeconómico y programar la cita con el Médico General.

4.4 Consulta con el Médico General

El médico procede al chequeo correspondiente y elabora la orden de exámenes de laboratorio correspondiente, que puede ser laboratorios primarios o secundarios, orden de ultrasonido en base a los síntomas que presente el beneficiario del servicio, también refiere a la consulta con el especialista y a nutrición.

Durante la consulta con el Médico General, el beneficiario deberá llenar la hoja de gratuidad del servicio brindado.

4.5 Realización de exámenes de laboratorio

El área de Trabajo Social y Asistente Administrativo, procede a agendar con el laboratorio clínico la realización de pruebas diagnósticas primarias y el ultrasonido hepático y de vías biliares.

Dentro de los servicios que presta FUNDAHEPA tenemos diversos tipos de exámenes especializados para el debido diagnóstico y seguimiento de los pacientes en sus diversas citas y procedimientos.

Al momento de presentarse a la cita de exámenes de laboratorio, el beneficiario deberá llenar la hoja de gratuidad del servicio brindado.

4.6 Análisis de resultados de exámenes de laboratorio

El médico procede al chequeo correspondiente y elabora la orden de exámenes de laboratorio correspondiente, que puede ser laboratorios primarios o secundarios, orden de ultrasonido en base a los síntomas que presente el beneficiario del servicio.

4.7 Consulta en nutrición

El beneficiario se presenta a la clínica de nutrición para obtener un plan alimenticio en base a los resultados de los resultados de laboratorio.

Durante la consulta con la Nutricionista, el beneficiario deberá llenar la hoja de gratuidad del servicio brindado.

4.8 Consulta Especializada

El especialista en hepatología o gastroenterología procede a evaluar los exámenes de laboratorio primarios y/o secundarios, así como el estudio de ultrasonido hepático, o los requeridos por el médico general.

Durante la consulta con el médico especialista, el beneficiario deberá llenar la hoja de gratuidad del servicio brindado.

4.9 Diagnóstico y Plan de Tratamiento

Se procede a la integración de resultados por parte del médico especialista y la clasificación del paciente según el daño hepático (leve o severo), para posteriormente, definir un esquema de consultas subsecuentes:

Tipo de Paciente	Número de Consultas
Daño hepático leve	3 consultas especializadas
Daño hepático severo	2 consultas especializadas

4.10 Procedimientos Especializados

Posteriormente y a requerimiento, de la consulta con el especialista, se programan los procedimientos especializados, entre los cuales se encuentran: endoscopías, ligaduras de várices, colonoscopías, paracentesis, y fibroscan según diagnóstico del especialista tratante.

En cada uno de los procedimientos especializados, el beneficiario deberá llenar la hoja de gratuidad del servicio brindado.

4.11 Seguimiento y Control

Constantemente se realizará la actualización del expediente clínico por parte del equipo médico y administrativo de FUNDAHEPA para el agendamiento de consultas de control, considerando una reevaluación clínica y de laboratorio según protocolo.

4.12 Cierre con el Médico General

El médico general procede a realizar el cierre del programa con el beneficiario que se puede dar en dos modalidades, uno de forma presencial y cierre contraindicado, cuando el beneficiario no se presenta o ya no quiere seguir en el programa.

4.13 Referencia y Contrarreferencia

Una vez concluida la atención o estabilizado el paciente, se generará un informe clínico, y el paciente será remitido nuevamente a su hospital de referencia para seguimiento a largo plazo.

4.14 Registro y Reportes

Se tendrá el registro estadístico de la información y avance de los servicios brindados, lo cual será también reportado de la forma establecida en el convenio con el MSPAS.

5. Consideraciones Éticas y de Calidad

Se obtendrá el consentimiento informado de los beneficiarios previo a cualquier procedimiento. Así mismo, se garantiza de un trato humanizado y digno a cada beneficiario, manteniendo total confidencialidad de los datos clínicos del paciente.

Es importante mencionar que esto será en base al cumplimiento de la normativa del MSPAS y demás entidades involucradas.

6. Evaluación y Actualización del Protocolo

Se mantendrá una revisión y evaluación constante del protocolo, tomando en cuenta la inclusión de observaciones recibidas del MSPAS y equipos internos, para posteriormente realizar la documentación y publicación de cada actualización del protocolo.

ANEXO

Anexo 1. COMPROMISO DE INGRESO FUNDAHEPA

Guatemala, _____

Yo _____, de _____ años de edad,

_____, con domicilio
Estado Civil Nacionalidad Profesión u oficio

en _____, me identifico con el

Documento Personal de Identificación con número de

CUI _____ extendido por el Registro Nacional de las

Personas de la República de Guatemala. Por este medio deseo manifestar mi

aceptación de manera voluntaria para ser atendido por la Fundación

Guatemalteca de Trasplante Hepático al haber sido **referido** por:

_____, con el siguiente diagnóstico:

_____.

Según **Convenio de Provisión De Servicios De Salud, Asistencia Social Y Cooperación Financiera**, suscrito entre el **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y la Fundación Guatemalteca de Trasplante Hepático**, la cual podrá **abreviarse FUNDAHEPA**, aprobado mediante Acuerdo Ministerial para el ejercicio dos mil veinticinco.

Por lo que, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social brindará a través de FUNDAHEPA los servicios aprobados y contenidos en el aludido convenio a pacientes que padezcan enfermedades hepáticas, por ende, FUNDAHEPA se compromete a prestar los servicios contenidos en el Plan de Trabajo 2025 el cual forma parte integral de dicho convenio, por lo tanto, FUNDAHEPA prestará de forma **GRATUITA** los siguientes servicios, según la clasificación del expediente clínico y de conformidad a la cartera de servicios:



Tú das Vida
FUNDAHEPA

1. Atención a consultas médicas especializadas preoperatorias y de seguimiento a pacientes con enfermedades hepáticas, que contiene los siguientes servicios:

- a. Consultas especializadas (cirugía hepatobiliar, gastroenterología, gastroenterología pediátrica y nutrición).
- b. Paquete de exámenes de laboratorio primario.
- c. Paquete de exámenes de laboratorio secundario.
- d. Ultrasonido hepático y de vías biliares.
- e. Doppler porto-esplénico (únicamente si es requerido por el médico especialista).

2. Procedimientos endoscópicos de esófago, estómago, duodeno y colon, que incluye los siguientes servicios:

- a. Endoscopia (únicamente si es requerido por el médico especialista).
- b. Ligadura endoscópica de várices esofágicas (únicamente si es requerido por el médico especialista).
- c. Colonoscopia (únicamente si es requerido por el médico especialista).

3. Procedimientos Especiales, que incluye los siguientes servicios:

- a. Paracentesis (únicamente si es requerido por el médico especialista).
- b. Fibroscan (únicamente si es requerido por el médico especialista).

Sin embargo, se hace del conocimiento a la persona inscrita en este compromiso que Fundahepa **no realiza algunos exámenes específicos debido a que no cuenta con el presupuesto para los mismos**, los cuales son los siguientes:

- 1. Biopsias
- 2. Tomografías
- 3. Radiografías de Torax y Abdomen Superior e Inferior
- 4. Entre otros, que así lo requieran los Médicos Especialistas.



Así mismo, hago constar que estoy consciente e informado (a) a mi entera satisfacción de los beneficios, tales como contar con **SERVICIO GRATUITO** desde el ingreso en la Fundación, objetivos tales como prevenir que el paciente obtenga el tratamiento adecuado para su enfermedad y procedimientos quirúrgicos o diagnósticos que se realicen en mi persona o familiar, acepto libremente los riesgos que estos tienen (entre otros, de aumento de los problemas o nuevos que se presenten e inclusive la muerte), que se puedan derivar del (los) procedimientos.

En cuanto a la literal b. del numeral 1. expreso que fui informado y he entiendo que hay exámenes que Fundahepa no brinda, por lo tanto, al paciente se le proporcionarán únicamente los descritos anteriormente toda vez hayan sido requeridos por el médico a cargo, así mismo manifiesto expresamente que

ACEPTO que si los médicos especialistas solicitan exámenes externos deberán ser realizados por cuenta del paciente.

Además, **AUTORIZO** a la Fundación Guatemalteca de Trasplante Hepático (FUNDAHEPA) a utilizar la documentación de mi caso, para propósitos académicos y de difusión pública, incluyendo fotografías, videos, y material público.

Por otra parte, declaro que proporciono los siguientes datos para que sean tomados por FUNDAHEPA para cualquier tipo de emergencia que surja debido a mi estado de salud.

Nombre de la persona que puede ser contactada en caso de emergencia:

_____.

Teléfonos: _____ correo electrónico:

_____.

Continuo manifestando que profeso o practico la religión o creencia _____ la cual _____ me permite ser objeto de transfusiones de sangre, aplicación de inyecciones, anestesia, y así mismo indicaré si soy alérgico a algún tipo de medicamento, por consiguiente, por medio de este documento **exonero a FUNDAHEPA y a los médicos especialistas** de toda responsabilidad legal sobre cualquier riesgo, complicación o incluso fallecimiento de mí (su) persona otorgando así el más amplio y total finiquito legal, en caso de que me intervengan quirúrgicamente.



Tú das Vida
FUNDAHEPA

Por consiguiente, de forma expresa manifiesto que **HE LEÍDO / ME HAN LEÍDO** el presente documento, el cual contiene COMPROMISO DE INGRESO por lo que hago constar que **HE ENTENDIDO** a cabalidad el contenido de este documento el cual se encuentra impreso en dos hojas de papel bond membretado de la Fundación Guatemalteca de Trasplante Hepático.

Nombre de Paciente

Firma y huella del paciente

Nombre de quien llena el formulario

Firma

Anexo 2. HOJAS DE GRATUIDAD DE SERVICIOS

Lugar y fecha: _____

CONOCIMIENTO DE GRATUIDAD DE SERVICIOS

Yo: _____, quien me identifico con el Documento Personal de Identificación con CUI número _____ emitido por el Registro Nacional de las Personas de la República de Guatemala, actuando en nombre propio.

Por medio de la presente **HAGO CONSTAR:**

1) Que el personal de la **FUNDACIÓN GUATEMALTECA DE TRASPLANTE HEPÁTICO** ha hecho de mi conocimiento como beneficiario del CONVENIO DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y COOPERACIÓN FINANCIERA suscrito entre el MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL Y FUNDACIÓN GUATEMALTECA DE TRASPLANTE HEPÁTICO la cual podrá abreviarse FUNDAHEPA, aprobado mediante Acuerdo Ministerial para el ejercicio fiscal 2025, que los siguientes servicios de salud son totalmente GRATUITOS, según la clasificación del expediente clínico y de conformidad a la cartera de servicios:

- Consultas especializadas
- Exámenes de laboratorio primario
- Exámenes de laboratorio secundario
- Ultrasonido hepático y de vías biliares
- Doppler porto-esplénico
- Endoscopía
- Colonoscopia
- Ligadura endoscópica de várices esofágicas
- Paracentesis
- Fibroscan

2) Que entiendo y acepto expresamente como beneficiario la gratuidad de los servicios de salud que se me brindan.

Y para que sirva de legal constancia, dejo puesta mi firma o dejo impresa la huella de mi dedo pulgar de la mano derecha.

Nombre del beneficiario

Firma o huella

Nombre de quien llena el formulario

Firma

Nombre de la Trabajadora Social

Firma

Anexo 3. HOJAS DE GRATUIDAD DE SERVICIOS

Lugar y fecha: _____

CONOCIMIENTO DE GRATUIDAD DE SERVICIOS

Yo: _____, quien me identifico con el Documento Personal de Identificación con CUI número _____ emitido por el Registro Nacional de las Personas de la República de Guatemala, actuando en nombre propio.

Por medio de la presente **HAGO CONSTAR:**

- 1) Que el personal de la **FUNDACIÓN GUATEMALTECA DE TRASPLANTE HEPÁTICO** ha hecho de mi conocimiento como beneficiario de los servicios de salud que me brindan, que la **CONSULTA CON MÉDICO GENERAL** es totalmente **GRATUITA**, en virtud del CONVENIO DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y COOPERACIÓN FINANCIERA suscrito entre el MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL Y FUNDACIÓN GUATEMALTECA DE TRASPLANTE HEPÁTICO la cual podrá abreviarse FUNDAHEPA, aprobado mediante Acuerdo Ministerial para el ejercicio fiscal 2025.
- 2) Que entiendo y acepto expresamente como beneficiario la gratuidad de los servicios de salud que se me brindan.

Y para que sirva de legal constancia, dejo puesta mi firma o dejo impresa la huella de mi dedo pulgar de la mano derecha.

Nombre del beneficiario

Firma o huella

Nombre de quien llena el formulario

Firma

Nombre de la Trabajadora Social

Firma

Lugar y fecha: _____

CONOCIMIENTO DE GRATUIDAD DE SERVICIOS

Yo: _____, quien me identifico con el Documento Personal de Identificación con CUI número _____ emitido por el Registro Nacional de las Personas de la República de Guatemala, actuando en nombre propio.

Por medio de la presente **HAGO CONSTAR:**

- 3) Que el personal de la **FUNDACIÓN GUATEMALTECA DE TRASPLANTE HEPÁTICO** ha hecho de mi conocimiento como beneficiario de los servicios de salud que me brindan, que la **CONSULTA CON NUTRICIONISTA** es totalmente **GRATUITA**, en virtud del CONVENIO DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y COOPERACIÓN FINANCIERA suscrito entre el MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL Y FUNDACIÓN GUATEMALTECA DE TRASPLANTE HEPÁTICO la cual podrá abreviarse FUNDAHEPA, aprobado mediante Acuerdo Ministerial para el ejercicio fiscal 2025.
- 4) Que entiendo y acepto expresamente como beneficiario la gratuidad de los servicios de salud que se me brindan.

Y para que sirva de legal constancia, dejo puesta mi firma o dejo impresa la huella de mi dedo pulgar de la mano derecha.

Nombre del beneficiario

Firma o huella

Nombre de quien llena el formulario

Firma

Nombre de la Trabajadora Social

Firma

Lugar y fecha: _____

CONOCIMIENTO DE GRATUIDAD DE SERVICIOS

Yo: _____, quien me identifico con el Documento Personal de Identificación con CUI número _____ emitido por el Registro Nacional de las Personas de la República de Guatemala, actuando en nombre propio.

Por medio de la presente **HAGO CONSTAR:**

- 1) Que el personal de la **FUNDACIÓN GUATEMALTECA DE TRASPLANTE HEPÁTICO** ha hecho de mi conocimiento como beneficiario de los servicios de salud que me brindan, que la **CONSULTA ESPECIALIZADA** es totalmente **GRATUITA**, en virtud del CONVENIO DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y COOPERACIÓN FINANCIERA suscrito entre el MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL Y FUNDACIÓN GUATEMALTECA DE TRASPLANTE HEPÁTICO la cual podrá abreviarse FUNDAHEPA, aprobado mediante Acuerdo Ministerial para el ejercicio fiscal 2025.
- 2) Que entiendo y acepto expresamente como beneficiario la gratuidad de los servicios de salud que se me brindan.

Y para que sirva de legal constancia, dejo puesta mi firma o dejo impresa la huella de mi dedo pulgar de la mano derecha.

Nombre del beneficiario

Firma o huella

Nombre de quien llena el formulario

Firma

Nombre de la Trabajadora Social

Firma

Lugar y fecha: _____

CONOCIMIENTO DE GRATUIDAD DE SERVICIOS

Yo: _____, quien me identifico con el Documento Personal de Identificación con CUI número _____ emitido por el Registro Nacional de las Personas de la República de Guatemala, actuando en nombre propio.

Por medio de la presente **HAGO CONSTAR:**

- 1) Que el personal de la **FUNDACIÓN GUATEMALTECA DE TRASPLANTE HEPÁTICO** ha hecho de mi conocimiento como beneficiario de los servicios de salud que me brindan, que los **EXÁMENES DE LABORATORIO PRIMARIO** son totalmente **GRATUITOS**, en virtud del CONVENIO DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y COOPERACIÓN FINANCIERA suscrito entre el MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL Y FUNDACIÓN GUATEMALTECA DE TRASPLANTE HEPÁTICO la cual podrá abreviarse FUNDAHEPA, aprobado mediante Acuerdo Ministerial para el ejercicio fiscal 2025.
- 2) Que entiendo y acepto expresamente como beneficiario la gratuidad de los servicios de salud que se me brindan.

Y para que sirva de legal constancia, dejo puesta mi firma o dejo impresa la huella de mi dedo pulgar de la mano derecha.

Nombre del beneficiario

Firma o huella

Nombre de quien llena el formulario

Firma

Nombre de la Trabajadora Social

Firma

Lugar y fecha: _____

CONOCIMIENTO DE GRATUIDAD DE SERVICIOS

Yo: _____, quien me identifico con el Documento Personal de Identificación con CUI número _____ emitido por el Registro Nacional de las Personas de la República de Guatemala, actuando en nombre propio.

Por medio de la presente **HAGO CONSTAR:**

- 1) Que el personal de la **FUNDACIÓN GUATEMALTECA DE TRASPLANTE HEPÁTICO** ha hecho de mi conocimiento como beneficiario de los servicios de salud que me brindan, que los **EXÁMENES DE LABORATORIO SECUNDARIO** son totalmente **GRATUITOS**, en virtud del CONVENIO DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y COOPERACIÓN FINANCIERA suscrito entre el MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL Y FUNDACIÓN GUATEMALTECA DE TRASPLANTE HEPÁTICO la cual podrá abreviarse FUNDAHEPA, aprobado mediante Acuerdo Ministerial para el ejercicio fiscal 2025.
- 2) Que entiendo y acepto expresamente como beneficiario la gratuidad de los servicios de salud que se me brindan.

Y para que sirva de legal constancia, dejo puesta mi firma o dejo impresa la huella de mi dedo pulgar de la mano derecha.

Nombre del beneficiario

Firma o huella

Nombre de quien llena el formulario

Firma

Nombre de la Trabajadora Social

Firma

Lugar y fecha: _____

CONOCIMIENTO DE GRATUIDAD DE SERVICIOS

Yo: _____, quien me identifico con el Documento Personal de Identificación con CUI número _____ emitido por el Registro Nacional de las Personas de la República de Guatemala, actuando en nombre propio.

Por medio de la presente **HAGO CONSTAR:**

- 1) Que el personal de la **FUNDACIÓN GUATEMALTECA DE TRASPLANTE HEPÁTICO** ha hecho de mi conocimiento como beneficiario de los servicios de salud que me brindan, que el **ULTRASONIDO HEPÁTICO Y DE VÍAS BILIARES** es totalmente **GRATUITO**, en virtud del CONVENIO DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y COOPERACIÓN FINANCIERA suscrito entre el MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL Y FUNDACIÓN GUATEMALTECA DE TRASPLANTE HEPÁTICO la cual podrá abreviarse FUNDAHEPA, aprobado mediante Acuerdo Ministerial para el ejercicio fiscal 2025.
- 2) Que entiendo y acepto expresamente como beneficiario la gratuidad de los servicios de salud que se me brindan.

Y para que sirva de legal constancia, dejo puesta mi firma o dejo impresa la huella de mi dedo pulgar de la mano derecha.

Nombre del beneficiario

Firma o huella

Nombre de quien llena el formulario

Firma

Nombre de la Trabajadora Social

Firma

Lugar y fecha: _____

CONOCIMIENTO DE GRATUIDAD DE SERVICIOS

Yo: _____, quien me identifico con el Documento Personal de Identificación con CUI número _____ emitido por el Registro Nacional de las Personas de la República de Guatemala, actuando en nombre propio.

Por medio de la presente **HAGO CONSTAR:**

- 1) Que el personal de la **FUNDACIÓN GUATEMALTECA DE TRASPLANTE HEPÁTICO** ha hecho de mi conocimiento como beneficiario de los servicios de salud que me brindan, que el **DOPPLER PORTO-ESPLÉNICO** es totalmente **GRATUITO**, en virtud del CONVENIO DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y COOPERACIÓN FINANCIERA suscrito entre el MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL Y FUNDACIÓN GUATEMALTECA DE TRASPLANTE HEPÁTICO la cual podrá abreviarse FUNDAHEPA, aprobado mediante Acuerdo Ministerial para el ejercicio fiscal 2025.
- 2) Que entiendo y acepto expresamente como beneficiario la gratuidad de los servicios de salud que se me brindan.

Y para que sirva de legal constancia, dejo puesta mi firma o dejo impresa la huella de mi dedo pulgar de la mano derecha.

Nombre del beneficiario

Firma o huella

Nombre de quien llena el formulario

Firma

Nombre de la Trabajadora Social

Firma

Lugar y fecha: _____

CONOCIMIENTO DE GRATUIDAD DE SERVICIOS

Yo: _____, quien me identifico con el Documento Personal de Identificación con CUI número _____ emitido por el Registro Nacional de las Personas de la República de Guatemala, actuando en nombre propio.

Por medio de la presente **HAGO CONSTAR:**

- 1) Que el personal de la **FUNDACIÓN GUATEMALTECA DE TRASPLANTE HEPÁTICO** ha hecho de mi conocimiento como beneficiario de los servicios de salud que me brindan, que la **ENDOSCOPIÁ** es totalmente **GRATUITA**, en virtud del CONVENIO DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y COOPERACIÓN FINANCIERA suscrito entre el MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL Y FUNDACIÓN GUATEMALTECA DE TRASPLANTE HEPÁTICO la cual podrá abreviarse FUNDAHEPA, aprobado mediante Acuerdo Ministerial para el ejercicio fiscal 2025.
- 2) Que entiendo y acepto expresamente como beneficiario la gratuidad de los servicios de salud que se me brindan.

Y para que sirva de legal constancia, dejo puesta mi firma o dejo impresa la huella de mi dedo pulgar de la mano derecha.

Nombre del beneficiario

Firma o huella

Nombre de quien llena el formulario

Firma

Nombre de la Trabajadora Social

Firma

Lugar y fecha: _____

CONOCIMIENTO DE GRATUIDAD DE SERVICIOS

Yo: _____, quien me identifico con el Documento Personal de Identificación con CUI número _____ emitido por el Registro Nacional de las Personas de la República de Guatemala, actuando en nombre propio.

Por medio de la presente **HAGO CONSTAR:**

- 1) Que el personal de la **FUNDACIÓN GUATEMALTECA DE TRASPLANTE HEPÁTICO** ha hecho de mi conocimiento como beneficiario de los servicios de salud que me brindan, que la **LIGADURA ENDOSCÓPICA DE VÁRICES ESOFÁGICAS** es totalmente **GRATUITA**, en virtud del CONVENIO DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y COOPERACIÓN FINANCIERA suscrito entre el MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL Y FUNDACIÓN GUATEMALTECA DE TRASPLANTE HEPÁTICO la cual podrá abreviarse FUNDAHEPA, aprobado mediante Acuerdo Ministerial para el ejercicio fiscal 2025.
- 2) Que entiendo y acepto expresamente como beneficiario la gratuidad de los servicios de salud que se me brindan.

Y para que sirva de legal constancia, dejo puesta mi firma o dejo impresa la huella de mi dedo pulgar de la mano derecha.

Nombre del beneficiario

Firma o huella

Nombre de quien llena el formulario

Firma

Nombre de la Trabajadora Social

Firma

Lugar y fecha: _____

CONOCIMIENTO DE GRATUIDAD DE SERVICIOS

Yo: _____, quien me identifico con el Documento Personal de Identificación con CUI número _____ emitido por el Registro Nacional de las Personas de la República de Guatemala, actuando en nombre propio.

Por medio de la presente **HAGO CONSTAR:**

- 1) Que el personal de la **FUNDACIÓN GUATEMALTECA DE TRASPLANTE HEPÁTICO** ha hecho de mi conocimiento como beneficiario de los servicios de salud que me brindan, que la **COLONOSCOPIA** es totalmente **GRATUITA**, en virtud del CONVENIO DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y COOPERACIÓN FINANCIERA suscrito entre el MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL Y FUNDACIÓN GUATEMALTECA DE TRASPLANTE HEPÁTICO la cual podrá abreviarse FUNDAHEPA, aprobado mediante Acuerdo Ministerial para el ejercicio fiscal 2025.
- 2) Que entiendo y acepto expresamente como beneficiario la gratuidad de los servicios de salud que se me brindan.

Y para que sirva de legal constancia, dejo puesta mi firma o dejo impresa la huella de mi dedo pulgar de la mano derecha.

Nombre del beneficiario

Firma o huella

Nombre de quien llena el formulario

Firma

Nombre de la Trabajadora Social

Firma

Lugar y fecha: _____

CONOCIMIENTO DE GRATUIDAD DE SERVICIOS

Yo: _____, quien me identifico con el Documento Personal de Identificación con CUI número _____ emitido por el Registro Nacional de las Personas de la República de Guatemala, actuando en nombre propio.

Por medio de la presente **HAGO CONSTAR:**

- 1) Que el personal de la **FUNDACIÓN GUATEMALTECA DE TRASPLANTE HEPÁTICO** ha hecho de mi conocimiento como beneficiario de los servicios de salud que me brindan, que la **PARACENTESIS** es totalmente **GRATUITA**, en virtud del CONVENIO DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y COOPERACIÓN FINANCIERA suscrito entre el MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL Y FUNDACIÓN GUATEMALTECA DE TRASPLANTE HEPÁTICO la cual podrá abreviarse FUNDAHEPA, aprobado mediante Acuerdo Ministerial para el ejercicio fiscal 2025.
- 2) Que entiendo y acepto expresamente como beneficiario la gratuidad de los servicios de salud que se me brindan.

Y para que sirva de legal constancia, dejo puesta mi firma o dejo impresa la huella de mi dedo pulgar de la mano derecha.

Nombre del beneficiario

Firma o huella

Nombre de quien llena el formulario

Firma

Nombre de la Trabajadora Social

Firma

Lugar y fecha: _____

CONOCIMIENTO DE GRATUIDAD DE SERVICIOS

Yo: _____, quien me identifico con el Documento Personal de Identificación con CUI número _____ emitido por el Registro Nacional de las Personas de la República de Guatemala, actuando en nombre propio.

Por medio de la presente **HAGO CONSTAR:**

- 1) Que el personal de la **FUNDACIÓN GUATEMALTECA DE TRASPLANTE HEPÁTICO** ha hecho de mi conocimiento como beneficiario de los servicios de salud que me brindan, que el **FIBROSCAN** es totalmente **GRATUITO**, en virtud del CONVENIO DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y COOPERACIÓN FINANCIERA suscrito entre el MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL Y FUNDACIÓN GUATEMALTECA DE TRASPLANTE HEPÁTICO la cual podrá abreviarse FUNDAHEPA, aprobado mediante Acuerdo Ministerial para el ejercicio fiscal 2025.
- 2) Que entiendo y acepto expresamente como beneficiario la gratuidad de los servicios de salud que se me brindan.

Y para que sirva de legal constancia, dejo puesta mi firma o dejo impresa la huella de mi dedo pulgar de la mano derecha.

Nombre del beneficiario

Firma o huella

Nombre de quien llena el formulario

Firma

Nombre de la Trabajadora Social

Firma

Anexo 4. Flujograma de atención

