

**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS SUSCRITO ENTRE EUCALYPTUS MEDICAL S.A.P.I. DE C.V., REPRESENTADA EN ESTE ACTO POR JORGE ARTURO HINOJOSA ANDRZASZKIEWICZ EN SU CARACTER DE REPRESENTANTE LEGAL, A QUIEN EN LO SUCESIVO Y PARA LOS MISMOS FINES SE DENOMINARA “EUCALYPTUS”, POR OTRA PARTE, EL PACIENTE CUYOS GENERALES SE DETALLAN EN ANEXO “A” DEL PRESENTE CONTRATO (EN LO SUCESIVO DENOMINADO COMO “PACIENTE”) Y/O FAMILIAR, TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL (EN LO SUCESIVO DENOMINADO COMO “RESPONSABLE”), A QUIENES EN SU CONJUNTO SE LES DENOMINARÁ COMO “LAS PARTES”, CONTRATO QUE SE RIGE POR LAS SIGUIENTES:**

### **DECLARACIONES**

1. Declara **“EUCALYPTUS”**, por conducto de sus representantes, que:

- a) Es una sociedad legalmente constituida de conformidad con las leyes de los Estados Unidos Mexicanos (“México”), según consta en la escritura pública número 74,337 (Setenta y cuatro mil trescientos treinta y siete) de fecha 16 de marzo de 2018, pasada ante la fe del licenciado Alfredo Miguel Morán Moguel titular de la Notaría Pública número 47 de la Ciudad de México.
- b) Su representante legal cuenta con facultades amplias y suficientes para obligarla en términos del presente Contrato, según se desprende del testimonio de la escritura pública número 74,337 (Setenta y cuatro mil trescientos treinta y siete) de fecha 16 de marzo de 2018, pasada ante la fe del licenciado Alfredo Miguel Morán Moguel titular de la Notaría Pública número 47 de la Ciudad de México, mismas que a la fecha no le han sido revocadas, modificadas ni limitadas en forma alguna.
- c) Su objeto social consiste medularmente en lo siguiente:
  - i. Prestar servicios de atención médica en los domicilios de los pacientes con los que se haya suscrito contrato en la red de Eucalyptus Medical, S.A.P.I. de C.V.;
  - ii. Proporcionar y recibir capacitación, evaluación de capacidades, organización de eventos por cualquier medio físico o digital relacionadas con temas de telesalud y telemedicina;
  - iii. Diseñar, construir y operar sistemas telemáticos para la prestación de servicios de telesalud y telemedicina, así como diseñar y construir los equipos, programas y comunicaciones necesarios para la prestación de estos servicios;
  - iv. Prestar y operar cualquier tipo de servicios de procesamiento, sistematización, evaluación, conducción, modelado y comercialización de información en general tanto nacionales como extranjeros.

2. Declara **“EL PACIENTE”**, por su propio derecho, que:

- a) Es una persona física con capacidad legal para contratar y cuyos datos generales se detallan en el **Anexo A** del presente contrato.
  
- b) Comparece en la celebración del presente contrato asistido y acompañado de la persona designada como **RESPONSABLE** cuyos datos generales se detallan en el **Anexo A** del presente contrato.

## CLÁUSULAS

**PRIMERA.** Las Partes manifiestan su voluntad para celebrar el presente contrato de prestación de servicios, cuyo objeto consiste en la prestación de servicios médicos, ya sea de manera presencial, o a través de sus plataformas tecnológicas, por parte de **EUCALYPTUS**, a través de su equipo de médicos generales y especialistas, en favor del **PACIENTE** con motivo del padecimiento (o los padecimientos) que éste presenta, los cuales se detallan en el **Anexo B** del presente contrato.

En virtud de lo anterior, el **PACIENTE** y/o **RESPONSABLE** otorgan amplia autorización a **EUCALYPTUS** y su equipo de médicos generales y especialistas lleven a cabo el objeto de del presente contrato. El **PACIENTE** y/o **RESPONSABLE** entienden y aceptan expresamente que no existe garantía ni certeza de que los procedimientos y/o tratamientos que se ejecuten en el **PACIENTE** resuelvan parcial o definitivamente su padecimiento o alcancen los fines deseados, y que existen riesgos y/o daños personales que podrían causarse derivados de la ejecución de dichos procedimientos y/o tratamientos.

**SEGUNDA.** El **PACIENTE** y/o el **RESPONSABLE** declaran conocer la capacidad profesional de los médicos generales y especialistas de **EUCALYPTUS**, quienes serán tratantes del **PACIENTE** y los cuales han sido elegidos de manera voluntaria, consciente e independiente.

Asimismo, no obstante el exhaustivo proceso de selección que realiza **EUCALYPTUS** de los médicos generales, tratantes y/o especialistas, con el fin de verificar su capacidad y adiestramiento para la prestación de los servicios, misma que incluye de manera enunciativa más no limitativa, la verificación de la documentación oficial que acredite su reconocimiento oficial y suficiente para ejercer como médicos generales, tratantes y/o especialistas, con el objeto de prestar un servicio de excelencia, el **PACIENTE** y/o **RESPONSABLE** manifiestan entender y aceptar que dichos médicos no tienen relación laboral con **EUCALYPTUS**, por lo que éste último no tendrá responsabilidad alguna por su actuación profesional. El **PACIENTE** y/o **RESPONSABLE** liberan expresamente a **EUCALYPTUS** de toda responsabilidad civil, penal y/o administrativa por cualquier daño o perjuicio sufrido por el **PACIENTE** que no sea clara y directamente derivado del dolo, culpa, impericia o negligencia de los empleados y/o representante de **EUCALYPTUS**.

De la misma manera, **EUCALYPTUS** no es responsable por las recomendaciones, diagnósticos, tratamientos terapéuticos, procedimientos, curaciones, exámenes, suministro de materiales y/o medicamentos, circunstancias especiales y/o complicaciones derivadas de la escasez y/o desabasto en el mercado de medicamentos, insumos quirúrgicos, tejidos o tipos de sangre que no sean de uso común y que por consiguiente exista dificultad para obtenerlos en el momento en que se requieran.

**TERCERA.** El **PACIENTE** y/o el **RESPONSABLE** manifiestan entender y aceptan que durante los procedimientos médicos practicados al **PACIENTE**, podrían suscitarse complicaciones o circunstancias especiales, o bien, descubrirse otros padecimientos, que requieran intervenciones y

procedimientos adicionales e imprevisibles al día de hoy, por lo que es posible la necesidad de realizar exámenes, análisis, reconocimientos, curaciones, interconsulta y participación de médicos especialistas, tratamientos terapéuticos o procedimientos médicos adicionales de cualquier naturaleza que sean necesarios para la atención del padecimiento diagnosticado o cualquier consecuencia del mismo, con el fin de obtener resultados óptimos en los citados diagnósticos y/o procedimientos médicos.

Cualquier procedimiento distinto y/o adicional a los establecidos en el **Anexo "B"** de este Contrato, incluyendo de manera enunciativa más no limitativa, las intervenciones y procedimientos previstos en la presente cláusula, así como aquellas referidas a, de manera enunciativa y no limitativa, servicios hospitalarios; otorgamiento de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento; otorgamiento o suministro de insumos para la salud, como son únicamente para efectos ejemplificativos, medicamentos, vacunas, agentes de diagnóstico, prótesis, órtesis, ayudas funcionales y demás análogos, equivalentes o similares; y/o la realización de investigaciones clínicas en seres humanos, serán por cuenta exclusiva del **PACIENTE** y/o **RESPONSABLE**, en el entendido de que dichos costos serán independientes y adicionales a la contraprestación generada por la prestación de servicios pactada en el presente Contrato.

**CUARTA.** El **PACIENTE** y/o **RESPONSABLE** manifiestan haber sido informados de los reglamentos, normas y disposiciones internas de **EUCALYPTUS**, detalladas en el **Anexo C** del presente contrato, los cuales se comprometen a cumplir estrictamente y asumen toda responsabilidad por cualquier daño y/o perjuicio causados a sí mismos, a **EUCALYPTUS**, o a terceros en virtud de su incumplimiento.

**QUINTA.** El **PACIENTE** y/o el **RESPONSABLE** se obligan solidariamente a pagar, en la forma y periodicidad que se determine, la contraprestación por los servicios médicos prestados por **EUCALYPTUS** y los cuales se describen en el **Anexo "B"** del presente contrato.

Desde la firma del presente contrato el **PACIENTE** y/o **RESPONSABLE** autorizan a **EUCALYPTUS** para que proceda al cobro de las facturas que al efecto se generen. De igual forma, el **PACIENTE** y/o el **RESPONSABLE** autorizan desde ahora realizar los cargos correspondientes en el medio de pago que al efecto señale el **PACIENTE** y/o **RESPONSABLE**, ya sea mediante medios electrónicos, procesadoras de cobros, domiciliación bancaria, o bien, tarjeta de crédito y/o débito mediante todos los mecanismos que las compañías emisoras y procesadoras de dichas tarjetas implementen y autoricen. En su caso, el atraso en el pago de las facturas generará un interés moratorio a razón de una tasa de 10% (diez por ciento) mensual.

**SEXTA.** Las **PARTES** señalan como domicilios para recibir todo tipo de notificaciones, aún las de carácter personal, las siguientes:

**EUCALYPTUS:** Arkansas 22 Torre B Interior 501, Colonia Nápoles, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03810, Ciudad de México, México. Correo electrónico: [contacto@eucalyptusmed.com](mailto:contacto@eucalyptusmed.com)

**EL PACIENTE y/o RESPONSABLE:** el domicilio y correo electrónico señalado en el **Anexo A** de este Contrato.

Las partes podrán cambiar sus domicilios debiendo notificar el cambio a su contraparte mediante aviso con acuse de recibo. El aviso surtirá efectos dentro de los 10 (diez) días hábiles siguientes al en que se haya notificado.

**SÉPTIMA.** El **PACIENTE** y/o el **RESPONSABLE** autorizan expresamente a **EUCALYPTUS** para

que almacene toda la información referente al expediente clínico del **PACIENTE** en sus instalaciones, con el fin de utilizarlos para fines estadísticos y mercadológicos, con el fin de prestar un servicio médico de excelencia al **PACIENTE**, así como prestar un servicio conforme a las necesidades del mismo.

Para lo anterior **EUCALYPTUS** utilizará la información evitando, en la medida de lo posible, expresar cualquier vínculo que pueda relacionar y/o identificar la identidad del **PACIENTE** y/o **RESPONSABLE**.

Los términos y condiciones para el uso y transferencia que de **EUCALYPTUS** a la presente información, podrán ser consultados en el Aviso de Privacidad en la página de internet [www.eucalyptusmed.com/aviso-de-privacidad/](http://www.eucalyptusmed.com/aviso-de-privacidad/), en términos de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares.

Asimismo, el **PACIENTE** y/o el **RESPONSABLE** reconocen que **EUCALYPTUS** podrá contratar con terceros, el almacenamiento o administración de la información aludida en la presente cláusula.

**OCTAVA.** El **PACIENTE** manifiesta en forma voluntaria y sin ninguna presión, su **consentimiento informado** en que **EUCALYPTUS** a través del personal médico que sea asignado, realicen y lleven a cabo el tratamiento indicado en el **Anexo B** del presente contrato. Además, el **PACIENTE** declara que le han sido explicados los riesgos y complicaciones, así como las alternativas de tratamiento tomando en consideración las enfermedades que padece o pudiese padecer durante el tiempo en que **EUCALYPTUS** preste sus servicios.

**NOVENA.** Para todos los casos de controversia, interpretación y cumplimiento de lo pactado en el presente contrato, ambas partes se someten a las leyes aplicables y tribunales competentes de la Ciudad de México, renunciando expresamente a cualquier otro fuero que pudiera corresponderles por razón de sus domicilios presentes o futuros.

**Eucalyptus Medical, S.A.P.I. de C.V.**

---

Jorge Arturo Hinojosa Andrjaskiewicz  
Representante Legal

**El Paciente**

---

[NOMBRE]  
Por propio derecho

## ANEXO A – DATOS GENERALES

### Datos de EL PACIENTE

Nombre(s)	
Primer Apellido	
Segundo Apellido	
Fecha de Nacimiento:	
Género:	
Domicilio:	
Teléfono Fijo:	
Teléfono Móvil:	
Correo Electrónico:	

### Datos de EL RESPONSABLE

Nombre(s)	
Primer Apellido	
Segundo Apellido	
Parentesco con el paciente	
Teléfono Móvil	
Correo Electrónico	

## ANEXO B – PLAN DE TRATAMIENTO

### A. PLAN DE TRATAMIENTO MÉDICO

El equipo médico de **EUCALYPTUS** considera que el plan de tratamiento adecuado para mantener y/o mejorar el estado de salud actual de **EL PACIENTE** y para reducir su probabilidad de una urgencia médica es el siguiente:

- Horizonte: [Número de meses] meses.
- Consultas de Geriátrica durante la vigencia del contrato: [Número de consultas] realizadas por el médico de cabecera y el médico tratante bajo la modalidad de telemedicina móvil.
- Consultas de [Especialidad] durante la vigencia del contrato: [Número de consultas] realizadas por el médico de cabecera y el especialista bajo la modalidad de telemedicina móvil.
- Consultas de Seguimiento durante la vigencia del contrato: [Número de consultas] realizadas por el médico de cabecera bajo la modalidad de telemedicina móvil.
- Llamadas de Seguimiento: Una llamada a las 24 horas de cada consulta y una llamada cada [Número de días] días, ambas realizadas por el médico de cabecera.
- Orientación Médica: Posibilidad de realizar llamadas de orientación médica al médico de cabecera para resolver cualquier duda de EL PACIENTE.
- Bitácora: Una carpeta que contiene los resultados de cada consulta, así como la lista actualizada de medicamentos y registro de métricas médicas de EL PACIENTE.
- Notificación vía electrónica de resultados de consultas y llamadas de seguimiento a los RESPONSABLES autorizados en el presente contrato.

### B. PRECIO Y PAGO DEL PLAN DE TRATAMIENTO

El costo del plan de tratamiento anual asciende a la cantidad de \$[Importe con letra] ([Importe en Letras Mayúsculas] 00/100 M.N.). Dicho importe incluye el Impuesto al Valor Agregado.

El costo del plan será cubierto de manera mensual de forma automática registrando una tarjeta de crédito o debito dentro del portal [www.eucalyptusmed.com](http://www.eucalyptusmed.com). De tal manera, Eucalyptus realizará un cargo automático por \$[Importe con letra] ([Importe en Letras Mayúsculas] 00/100 M.N.) de forma mensual.

## **ANEXO C – REGLAMENTOS, NORMAS Y DISPOSICIONES INTERNAS**

### **A. URGENCIAS**

En caso de presentarse una urgencia, EL RESPONSABLE deberá comunicarse con el médico de cabecera, para determinar si se trata de una urgencia que requiere de traslado a un hospital, o si se trata de una situación médica que pueda atenderse en el domicilio de EL PACIENTE. En caso de ausencia o imposibilidad de localizar al médico de cabecera, EL RESPONSABLE podrá comunicarse con el Centro de Atención al Paciente de Eucalyptus para auxiliarlos en la localización de algún médico de cabecera o especialista que pueda orientarlos.

En caso de tratarse de una urgencia real, se les solicitará trasladar al PACIENTE a la sala de urgencias de un hospital. Dependiendo del tipo de urgencia, se les señalará si el traslado debe realizarse en ambulancia o si puede hacerse por medios propios.

En caso de que EL RESPONSABLE ignore la recomendación de traslado a una sala de urgencias, LA EMPRESA se deslinda de cualquier responsabilidad sobre el estado de salud posterior de EL PACIENTE.

Con el fin de reaccionar de manera oportuna en caso de una emergencia real, es conveniente contar con los datos de los servicios de traslado y los datos del seguro médico, ya sea público o privado, de EL PACIENTE (en caso de contar con alguno), así como el nombre del hospital al que desean que se traslade:

### **B. RETRASOS Y CAMBIOS DE VISITAS MEDICAS**

**EL PACIENTE** podrá reagendar visitas médicas con 24 horas de anticipación. En caso de que se reagende con menos de 24 horas de anticipación, se aplicará un cargo o descuento de \$500.00 (QUINIENTOS PESOS 00/100 M.N.). En caso de en el día y hora de consulta que exista un retraso por parte de **EL PACIENTE** por más de 1 hora, la consulta se cancelará, pero se cobrará íntegramente.

### **C. REEMBOLSOS**

En caso de que **EL PACIENTE** o **EL RESPONSABLE** decidan suspender el servicio de **EUCALYPTUS** durante la vigencia del plan de tratamiento, se deberá notificar por escrito al correo electrónico del médico de cabecera. **EUCALYPTUS** cancelará el cargo automático al plan de tratamiento, cinco (5) días hábiles posteriores a la notificación. El periodo mínimo de contratación del plan es de tres (3) meses.

### **D. ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN**

Para LA EMPRESA es muy importante escuchar a todos sus clientes, por lo que realizaremos encuestas de satisfacción periódicas con la persona asignada para recibir las llamadas de seguimiento del médico de cabecera.