



CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ALTA VOLUNTARIA

F-HC-8
Versión 1

Yo, _____, identificado (a) con _____, obrando en la calidad abajo indicada, hago la siguiente declaración:

Por medio del presente documento, en forma libre, en pleno uso de mis facultades mentales y sin limitaciones o impedimentos de carácter médico o legal, habiendo recibido información por parte del médico tratante o par médico sobre las condiciones medicas, decido VOLUNTARIAMENTE retirarme de LOS SERVICIOS DE LA CLINICA CES y asumo las consecuencias que se deriven de esta decisión.

CALIDAD EN LA QUE SE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO:

Como paciente: SI___ NO ___

Como responsable del paciente: (Padre o Madre si es menor; representante legal, familiar o representante u otras personas que figuren como tales en la H. C.) SI___ NO___

Fecha de notificación: _____

Firma del paciente o representante: _____

Certifico que he explicado los riesgos del alta voluntaria y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente, pariente/representante comprenden completamente lo que he explicado.

OTRAS CONSIDERACIONES

Nombre del Médico:_____ Firma del Médico:_____

CC.No._____ de _____ Registro Médico N° _____