

	NOMBRE HISTORIA CLÍNICA: DECLARACIÓN DE RETIRO VOLUNTARIO		CÓDIGO 03-FT-051
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	PROCESO MISIONAL	VERSIÓN 004

A. IDENTIFICACIÓN

_____			_____			_____		
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			NOMBRES		
Clínica San Rafael			Pereira					
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN			CIUDAD			FECHA		
EDAD:		SEXO:	F	M		HISTORIA CLÍNICA N°		

B. DECLARACIÓN

EL (LA) SUSCRITO (A) _____
 (Nombre del paciente o del responsable del retiro)

DECLARA QUE HABIENDO SIDO DEBIDAMENTE INFORMADO (A) SOBRE LOS RIESGOS Y POSIBLES COMPLICACIONES DE SALUD QUE IMPLICA EL RETIRO VOLUNTARIO DE LA **CLÍNICA SAN RAFAEL** BAJO MI PROPIA RESPONSABILIDAD DECIDO ABANDONARLA Y EN CONSECUENCIA DECLARO QUE NI LA INSTITUCIÓN, NI SU PERSONAL SERÁ RESPONSABLE EN CASO DE COMPLICACIONES.

FIRMA: _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ DE: _____

HUELLA