

Alta voluntaria

Nombre y Apellidos del Paciente: _____

Cédula de Identidad del Paciente: _____

Firma Paciente: _____

Fecha: _____

He decidido solicitar “Alta Voluntaria” de Clínica Reñaca. Declaro haber sido informado por el médico las alternativas de tratamiento y los riesgos que pueda representar mi alta voluntaria.

En los casos de menores de edad o pacientes con incapacidad de entendimiento:

Nombre y Apellidos del Representante: _____

Cédula de Identidad Representante: _____

Grado de Parentesco: _____

Firma Representante: _____

Nombre y Apellidos del Médico: _____

Firma Médico: _____

Cédula de Identidad Médico: _____

Fecha: _____