

Firma del paciente o de su representante legal

Testigo: _____

Testigo: _____

asumo totalmente con motivo de mi actitud.

y a la Sociedad de Beneficencia por los riesgos que han sido advertidos y cuya responsabilidad y de la Dirección, y con este motivo exonero de toda responsabilidad al Médico tratante, al Hospital Trujillo, _____ salgo en contra del consejo del médico tratante

Dejo constancia que yo, _____ paciente, admitido en este Hospital Belén

Fecha: _____

EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR ALTA VOLUNTARIA POR SALIDA DE PACIENTES

HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO
Un Hospital a su servicio

Nº de H.C.

Firma del paciente o de su representante legal

Testigo: _____

Testigo: _____

asumo totalmente con motivo de mi actitud.

y a la Sociedad de Beneficencia por los riesgos que han sido advertidos y cuya responsabilidad y de la Dirección, y con este motivo exonero de toda responsabilidad al Médico tratante, al Hospital Trujillo, _____ salgo en contra del consejo del médico tratante

Dejo constancia que yo, _____ paciente, admitido en este Hospital Belén

Fecha: _____

EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR ALTA VOLUNTARIA POR SALIDA DE PACIENTES

HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO
Un Hospital a su servicio

Nº de H.C.