



N° de H.C.

EXONERACION DE RESPONSABILIDAD PARA RETIRO VOLUNTARIO POR SALIDA DE PACIENTES

Dejo constancia que yo _____ con
DNI/CE _____ paciente admitido en este Hospital Belén de Trujillo, en el servicio
de _____, salgo en contra del consejo del médico tratante y de la
Dirección, y con este motivo exonero de toda responsabilidad al Médico tratante, al Hospital y a la
Sociedad de Beneficencia por los riesgos que han sido advertidos y cuya responsabilidad asumo
totalmente con motivo de mi actitud.

Testigo _____

Fecha _____

Firma del paciente o de su representante legal



N° de H.C.

EXONERACION DE RESPONSABILIDAD PARA ALTA VOLUNTARIA POR SALIDA DE PACIENTES

Dejo constancia que yo _____ con DNI _____
paciente admitido en este Hospital Belén de Trujillo, en el servicio
de _____, salgo en contra del consejo del médico tratante y de la
Dirección, y con este motivo exonero de toda responsabilidad al Médico tratante, al Hospital y a la
Sociedad de Beneficencia por los riesgos que han sido advertidos y cuya responsabilidad asumo
totalmente con motivo de mi actitud.

Testigo _____

Fecha _____

Firma del paciente o de su representante legal