



FORMATO
EGRESO VOLUNTARIO

ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD
ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN

CÓDIGO: MI-AIS-HO005F02

VERSIÓN: 01

FECHA: 21/05/2015

DATOS DEL PACIENTE

| | | | |
|----------------------------------|----------------------|-------------|-------------|
| SERVICIO: | NÚMERO DE LA UNIDAD: | | |
| HISTORIA CLÍNICA (No. Episodio): | 2028669 | | |
| Hinestroza | Cartagena | Marisol | |
| 1er. Apellido | 2do. Apellido | 1er. Nombre | 2do. Nombre |

DATOS DEL EVENTO

| | | | | | |
|-----------------------------|-----|-----|----|-------|---------|
| Fecha del egreso voluntario | | | | Hora | |
| DÍA | MES | AÑO | | HORAS | MINUTOS |
| 07 | 07 | 20 | 23 | 11 | 40 |

DATOS DEL EQUIPO DE SALUD

| | | | |
|------------------------------|---------------------------|---------------------------|-------|
| MÉDICO TRATANTE QUE GESTIONA | ENFERMERO(A) QUE GESTIONA | | |
| | | | |
| NOMBRE COMPLETO (legible) | FIRMA | NOMBRE COMPLETO (legible) | FIRMA |

DECLARACIÓN

El(la) suscrito(a) _____ declaro que,
(Nombre del paciente o representante legal responsable del retiro voluntario)

habiendo sido debidamente informado (a) sobre los riesgos y posibles complicaciones de salud que implica el retiro voluntario de este Hospital y la interrupción del tratamiento, he decidido abandonarlo asumiendo dichas consecuencias por mi cuenta y riesgo y, en consecuencia, declaro que ni el Hospital ni su personal serán responsables en caso de que me sobrevengan tales efectos.

MOTIVO DEL EGRESO VOLUNTARIO: Describa aquí el motivo por el cual se retira voluntariamente de la Institución. En caso de necesitar ampliar el texto o expresarlo como un reclamo o sugerencia, solicite el formato para la Gestión de Reclamos, Sugerencias, Felicitaciones y Agradecimientos (ES-GIC-AU002F01), que se encuentra disponible en los buzones ubicados en los servicios.

Me voy en alta voluntaria para una clínica donde quieran ayudarme y hacer lo posible para que mi hija viva.

| | | |
|---|---|------------------------------------|
| Marisol H. C. | 2011395894 | |
| Firma del paciente o su representante legal | Tipo y Número de Documento de identidad | Huella dactilar del índice derecho |

*PARA EL CASO EN QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE LEGAL, MANIFIESTE NO SABER FIRMAR.