



HOSPITAL GENERAL ACTOPAN

CARLOS MAYORGA No. 55 ESQ. CONSTITUCION COL. CHAPULTEPEC, ACTOPAN, HGO. C.P. 42500 LIC. SANITARIA 1003000004

ALTA VOLUNTARIA DEL PACIENTE

ACTOPAN, HGO, A _____

HORA: _____ HRS.

FOLIO:

YO _____ PARENTESCO: _____,

DEL PACIENTE PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE: _____

CON DOMICILIO _____ DE _____ AÑOS

DE EDAD, CON FECHA DE NACIMIENTO _____, CON NUMERO DE

TELEFONO _____ HOSPITALIZADO(A) EN CAMA _____, DEL

SERVICIO DE _____, DESLINDO DE TODA

RESPONSABILIDAD MEDICO LEGAL AL PERSONAL MEDICO Y PARAMEDICO DEL HOSPITAL
GENERAL ACTOPAN, YA QUE ES MI DESEO SALIR DE ESTA INSTITUCION DE FORMA
VOLUNTARIA; A PESAR DE HABERME EXPLICADO AMPLIAMENTE SOBRE EL ESTADO DE
SALUD DE MI PACIENTE.

MOTIVO DEL ALTA VOLUNTARIA

NOMBRE Y FIRMA DEL FAMILIAR

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO