

EXTERNACION POR DECISIÓN UNILATERAL DEL PACIENTE O PERSONA A SU CARGO.

Ciudad y fecha:...../...../20....-

1. Yo,....., D.N.I., por la presente dejo constancia que decido voluntaria y unilateralmente retirarme de este establecimiento asistencial, haciéndolo bajo mi entera responsabilidad, pese a conocer que a la fecha me encuentro internado/a por presentar el siguiente cuadro/diagnóstico:....., y sin que me hayan indicado el alta sanatorial correspondiente.
2. Asimismo declaro que me han sido contestadas en términos claros y sencillos todas mis preguntas relativas a los riesgos que representa mi decisión de retirarme de la institución y abandonar el tratamiento indicado.
3. Comprendo perfectamente todo lo mencionado en los puntos anteriores, pese a lo cual asumo a mi exclusivo cargo todas las consecuencias que mi decisión genere sobre mi estado de salud, aun cuando la misma ponga en grave peligro mi vida, deslindando de toda responsabilidad a la institución, los médicos, enfermeros, auxiliares y demás profesionales que hasta el momento me han atendido en este establecimiento.

.....
Firma paciente.....
Aclaración de firma.....
Domicilio.....
Teléfonos**SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:**

Por la presente dejo constancia que concuro a suscribir el presente instrumento porque bajo mi exclusiva responsabilidad he decidido posibilitar y/o proceder a que el paciente cuyo nombre completo se ha consignado precedentemente se retire de la institución concluyendo así su atención médica en la misma.

1) Firma: Aclaración:
Vínculo o representación que invoca:.....
Documento: Teléfono:
Domicilio:

2) Firma: Aclaración:
Vínculo o representación que invoca:.....
Documento: Teléfono:
Domicilio: