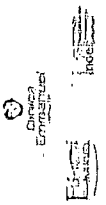


| | | | |
|--|--|---------------------------|---------------|
|  | FORMATO CONSENTIMIENTO/ DISENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACION | | |
| | Documento Controlado | Original:21/12/2016 | Versión: 01 |
| | FR- HOIN - 01 | Actualización: --/--/---- | Página 3 de 3 |

Firma del Testigo o Responsable del Paciente _____ Nombre del Testigo o Responsable del Paciente _____

CC. o Huella: _____ Relación con el paciente: _____

El paciente no puede firmar por: _____

Se firma a los _____ días del mes de _____ del año _____

Nombre del médico _____ Firma y sello
CC. _____ Registro profesional

