

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ N° Identificación: \_\_\_\_\_

Por medio del presente documento, de forma libre, en pleno uso de mis facultades mentales, y sin limitaciones e impedimentos de carácter médico - legal, habiendo recibido información por parte del médico tratante sobre las condiciones del paciente; decido **VOLUNTARIAMENTE**, retirarme de los servicios de HEALTH & LIFE IPS y asumo las consecuencias que se deriven de esta decisión.

Como profesional de Salud certifico que he explicado los riesgos del alta voluntaria y he contestado todas las dudas y preguntas. Considero que el (la) paciente o responsable comprenden lo que he explicado completamente.

Firma: \_\_\_\_\_  
Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_  
Documento: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_  
Nombre Profesional: \_\_\_\_\_  
T.P.: \_\_\_\_\_  
Cargo: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_  
Parentesco: \_\_\_\_\_  
Nombre de cuidador/familiar responsable: \_\_\_\_\_  
Documento: \_\_\_\_\_