

Derivación:

Hospital:

Estado de salud:

Médico que recibe:

Costo: \$

Estoy enterado de la impresion diagnostica y condiciones de mi paciente:

Responsable:

Parentesco o relación:

Firma

Medico:

Cedula Profesional:

TUM:

Operador:

*En todos los casos se sugiere acudir lo mas pronto posible con su médico tratante, con el objetivo de dar continuidad a su diagnostico y tratamiento.*

**LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

*Debido a que no es deseo del,*

*en su conocimiento de PACIENTE RESPONSABLE llevar a cabo las indicaciones y exortaciones de ATENCIÓN Y TRATAMIENTOS MÉDICOS TRASLADO AL HOSPITAL del personal de EMERGENCIAS MEDICAS DE MEXICO S.C., en este momento libero a esa empresa de cualquier responsabilidad sobre el paciente motivo de esta atención que pudiera derivarse de conformidad a lo dispuesto Por el artículo 2615 del codigo Civil vigente para la Ciudad de Mexico y los demas relativosy aplicaciones de la Republica Mexicana.*

**RESPONSABLE:**

**FIRMA**

**Aviso de privacidad: [www.vidauno.com.mx](http://www.vidauno.com.mx)**

*Estoy en conocimiento de mis derechos bajo la ley Federal de proteccion de Datos Personales en Posesión de los Particulares, publicado en en el Diario Oficial el 5 de julio del 2010, pudiendo consultar nuestro aviso de privacidad publicado en nuestra pagina web <http://www.vidauno.com>, pudiendo ejercer mis derechos "ARCO", salvo las excepciones concernientes en la misma ley en los datos sensibles de importancia medica protegidos por el secreto profesional y como parte del expediente medico protegido por la norma oficial Mexicana NOM-044-SSA3-2012, del expediente clinico.*

*Firma del paciente o responsable*

Tratamiento

**EMERGENCIAS MEDICAS DE MEXICO S.C.**

Av. Observatorio No.370 2do. piso, Col. 16 de Septiembre  
Miguel Hidalgo, 11810 Ciudad de Mexico, Tel. 55 2591 1110  
[contacto@vidauno.com](mailto:contacto@vidauno.com) [www.vidauno.com](http://www.vidauno.com)