



Descargo de Responsabilidad del Hospital

Fecha: _____

Yo, [Nombre del Paciente]: _____, reconozco y acepto lo siguiente:

Consentimiento para Tratamiento: Acepto y autorizo los tratamientos médicos necesarios mientras esté bajo la atención del hospital [Nombre del Hospital].

Riesgos y Complicaciones: Entiendo que cualquier procedimiento médico conlleva ciertos riesgos y posibles complicaciones. He sido informado/a de los riesgos específicos asociados con cualquier tratamiento o intervención propuesta.

Responsabilidad Personal: Acepto la responsabilidad personal por mi proceso de recuperación y participaré activamente en las indicaciones y recomendaciones proporcionadas por el personal médico.

Limitación de Responsabilidad del Hospital: Reconozco que [Nombre del Hospital] no será responsable por ninguna pérdida, daño o lesión que pueda resultar como consecuencia de mi atención médica, salvo por negligencia grave o mala praxis evidente.

Consentimiento para el Uso de Información Médica: Autorizo al personal médico a compartir mi información médica con los profesionales de la salud involucrados en mi tratamiento, siempre dentro de los límites legales y éticos.

Normas y Regulaciones del Hospital: Acepto cumplir con todas las normas, regulaciones y políticas del hospital mientras reciba atención médica aquí.

He leído y comprendido completamente los términos y condiciones establecidos en este documento. Confirmo mi consentimiento libre y voluntario firmando a continuación:

Firma del Paciente/Tutor: _____

Nombre del Paciente: _____