**SOLICITUD DE INTERNAMIENTO VOLUNTARIO**

Morelia, Michoacán. A \_\_\_\_\_\_ dé \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_\_\_

Por medio de la presente yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ manifiesto mi internamiento voluntario por mi situación de salud mental debido al consumo de drogas y alcohol y autorizo al personal médico de la institución que realicen los exámenes clínicos, de laboratorio, plan de intervención terapéutico, médicos y de consejería implementado en este Centro de Rehabilitación con razón social **FUNDACIÓN TENVAR S.C.** denominado **“CLÍNICA 7 ÁNGELES”** representada legalmente por el C. **Dante Tentory Vargas**, y manejo médico que sea necesario, con el propósito de facilitar la atención para la rehabilitación requerida de acuerdo al padecimiento.

En caso necesario autorizo al personal de la CLÍNICA 7 ÁNGELES para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva; así mismo me comprometo a llevar a cabo las acciones de autocuidado de acuerdo a la técnica mencionada por el personal de salud sin modificarlas, del mismo modo autorizo en el caso de ser necesario, para llevar a cabo el registro fotográfico de la evolución del procedimiento llevado a cabo.

Igualmente, estoy enterado (a) de que este documento podrá ser revocado mientras no inicie el (los) procedimiento (s) autorizados y no obligarán al personal a realizar u omitir un procedimiento cuando ello entrañe un riesgo injustificado hacia mi persona, si se presenta alguna inconformidad derivada de la atención por el personal de salud, me comprometo a plantear mis inquietudes a la dirección de la clínica antes de realizar otra gestión o denuncia.

USUARIO DIRECCIÓN

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA NOMBRE Y FIRMA

TESTIGO TESTIGO

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA NOMBRE Y FIRMA

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Familiar Responsable**

**(Nombre y Firma)**