



Clinica Especializada de Azuero  
CUIDANDO TU SALUD

Pegar Label Aquí

## ACUERDO DE RELEVO DE RESPONSABILIDAD GENERAL

### 1) DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE JUAN		APELLIDOS GONZALEZ
FECHA DE NACIMIENTO 01/09/1971	CÉDULA/PASAPORTE 8-00-678-887-D	SEXO M

### 2) DATOS DEL SOLICITANTE (Completar cuando el solicitante no sea el propio paciente)

NOMBRE Y APELLIDOS	CÉDULA/PASAPORTE
VINCULACIÓN ENTRE SOLICITANTE Y PACIENTE <input type="checkbox"/> ESPOSO(A) <input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL	

### 3) RELEVO DE RESPONSABILIDAD

Este acuerdo libera de toda responsabilidad civil, financiera y de cualquier tipo al Centro Medico Caribe y así cómo al Dr. \_\_\_\_\_ y personal del hospital por las lesiones que pueden darse al \_\_\_\_\_ debido a que la condición clínica de gravedad e inestabilidad de la paciente y su propio diagnóstico conlleva a que sea la única alternativa de tratamiento posible.

Reconozco que se me ha informado con claridad de los riesgos que implica \_\_\_\_\_, por lo tanto asumo las consecuencias de las mismas. También acepto que el personal médico y el personal del hospital han me han explicado todo lo concerniente a esta situación y que esta decisión la he tomado voluntariamente y estoy de acuerdo con la descripción de los hechos.

Situación (describa brevemente)

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ CIP \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ o

Firma del Familiar responsable \_\_\_\_\_ CIP \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma Médico \_\_\_\_\_ CIP: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Testigo \_\_\_\_\_ CIP: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(Firmará en ausencia de la firma del médico)