



Clinica Especializada de Azuero
CUIDANDO TU SALUD

Pegar Label Aquí

ACUERDO DE RELEVO DE RESPONSABILIDAD GENERAL

1) DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE PRUEBA		APELLIDOS SIGMA
FECHA DE NACIMIENTO 02/11/2003	CÉDULA/PASAPORTE 8-00-1001-2155-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)