



Clínica Especializada de Azuero  
CUIDANDO TU SALUD

Pegar Label Aquí

## RELEVO DE RESPONSABILIDAD

### 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(A) <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL	

### 3) RELEVO DE RESPONSABILIDAD

Por este medio yo, \_\_\_\_\_ con número de identidad personal \_\_\_\_\_, solicito que se llame al Doctor \_\_\_\_\_ Especialista en \_\_\_\_\_.

Para que atienda al paciente \_\_\_\_\_ en cuarto de Urgencias de CLINICA ESPECIALIZADA DE AZUERO S.A, hoy \_\_\_\_\_ hora: \_\_\_\_\_.

Exonerando de todo tipo de responsabilidad al Médico de Cuarto de Urgencias y a esta Institución por la decisión tomada.

Queda entendido que si el Doctor \_\_\_\_\_, no asistiera en los siguientes 30 minutos, este Centro Médico se reserva el derecho a llamar al especialista en turno de la especialidad involucrada en el caso del paciente.

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

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