

**ACUERDO DE RELEVO DE RESPONSABILIDAD GENERAL**

**1) DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRE EDILSA		APELLIDOS ODERAY CAMPOS CEDEÑO
FECHA DE NACIMIENTO 09/01/1975	CÉDULA/PASAPORTE 6-00-86-140-D	SEXO F

**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 MEDICA NORTE NUEVO SANTIAGO, S.A. y así como al Dr. Alfredo Amador y personal del hospital por las lesiones que pueden darse al paciente 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 la cirugía por mi propia cuenta a raíz de lo que por lo tanto asumo las consecuencias de las mismas. También acepto que el personal médico y el personal del hospital 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)

Paciente sujeta a cirugía Voluntaria

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ CIP \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ o  
 Firma del Familiar responsable X María Espinoza CIP 6-721-1211 Fecha: 17/Nov/23  
 Firma Médico [Firma] CIP: 9-774788 Fecha: 17/Nov/23  
 Firma del Testigo \_\_\_\_\_ CIP: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(Firmará en ausencia de la firma del médico)