



## **RELEVO DE RESPONSABILIDAD**

1) DATOS DEL PACIENTE					
NOMBRE JUAN		PELLIDOS ONZALEZ			
FECHA DE NACIMIENTO 01/09/1971	CÉDULA/PASAPO 8-00-678-887-D	RTE		SEXO M	
2) DATOS DEL SOLICITANTE (Cor	npletar cuando el s	solicitante no sea	el propio pac	iente)	
NOMBRE Y APELLIDOS				CÉDULA/PASAP	ORTE
VINCULACIÓN ENTRE SOLICITAN [ ] ESPOSO(A) [ ] HIJO		REPRESENTANT	E LEGAL		
3) RELEVO DE RESPONSABILIDA	D				
Por este medio yo,personal		, solic	cito que	con núme se llame	ero de identidad al Doctor ecialista en
Para que atienda al paciente CLINICA ESPECIALIZADA DE AZ	UERO S.A, hoy _	ho	ra:	en cuarto d 	e Urgencias de
Exonerando de todo tipo de respons					
Queda entendido que si el Doctor este Centro Médico se reserva el de paciente.	erecho a llamar al e	especialista en turr	, no asist no de la espec	iera en los siguier ialidad involucrad	ntes 30 minutos, a en el caso del
Firma del Paciente	CUIDA	CIP SALUE	Fecha:		
Firma del Familiar responsable		C	IP	Fecha:	