
	FORMATO CONSENTIMIENTO/DISENTIMIENTO INFORMADO DE HOPITALIZACION		
	FR – HOIN - 04	Original: 21/09/2016	Versión: 01
		Actualización: - / - / -	Página 3 de 3


DISENTIMIENTO

Después de haber recibido la información, de haber preguntado decido no hospitalizar a

Manuel Arturo Godoy Jimenez Con CC. N. 1020824073

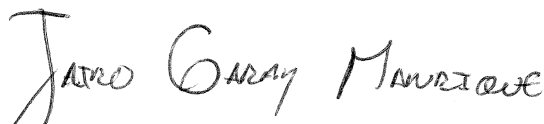
Conozco y me fueron explicados los riesgos de no aceptar la hospitalización y asumo la responsabilidad de llevarme a mi familiar


Manuel Arturo Godoy Jimenez
 Firma del paciente Nombre del paciente
 CC. N. 1020824073


Alvaro Yend Jimenez Nieto
 Firma del testigo o responsable del paciente Nombre del testigo o responsable del paciente
 C.C. N. 80059720


El paciente no puede firmar por:

Se firma a los 17 días del mes de Septiembre del año 2018



Nombre del médico

C.C. N. 1102819592


1102819592

Firma y Sello

Registro profesional 1102819592