

NOMBRE COMPLETO: _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ ASEGURADORA: _____

TELEFONO FIJO Y CELULAR: _____

YO, _____ certifico que me retiro de forma voluntaria de la institución de salud y libero a la ESE BELLOSALUD de toda responsabilidad generada en mi atención.

Dejo constancia que el profesional de la salud me explico todo lo referente a mi patología y los riesgos de mi retiro.

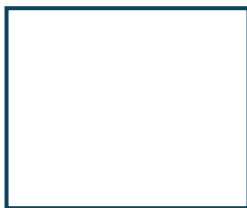
Fecha del retiro: _____ Hora: _____ Motivo del retiro: _____

Servicio: _____

Nombre del paciente o responsable del paciente (menor de edad o persona con limitaciones cognitivas): _____

Documento de identidad: _____

Huella (no sabe leer ni escribir):



Nombre del profesional: _____

Documento de identidad: _____

Registro: _____ Firma y sello: _____