Estando en completa libertad, sin ninguna presión y en mi calidad de paciente del Centro de Atención de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de la E.S.E Departamental “Solución Salud”, declaro voluntariamente que abandono esta institución de salud contra las recomendaciones del personal médico y/u otro personal de salud, del cual tengo conocimiento y habiendo sido informado de ello.

También he sido informado de los posibles riesgos y consecuencias a las que me expongo si abandono esta Institución.

Por lo anterior exonero de toda responsabilidad al Centro de Atención de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de la E.S.E Departamental “Solución Salud” y a su personal Médico, Asistencial y a otro personal de la salud, en caso de que sobrevengan complicaciones directas o indirectas posteriores a mi salida.

Dejo constancia firmando la presente a los \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ días del mes de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ año\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

PACIENTE O ACOMPAÑANTE:

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CC. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ÍNDICE DERECHO

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TESTIGO:

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CC. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ÍNDICE DERECHO

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FUNCIONARIO CENTRO DE ATENCIÓN

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CC. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ÍNDICE DERECHO

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_