



CENTRO DE EXCELENCIA MÉDICA EN ALTURA
DIRECCION MÉDICA

CARTA DE AUTORIZACIÓN
PERMANENCIA DE TERCEROS DURANTE LA ATENCION MÉDICA

Lugar y Fecha / Place and Date: _____

Nombre del paciente / Name of the Patient: _____

No. De Expediente / File Number: _____ Edad / Age: _____ Fecha de Nacimiento / Date of Birth: _____

Aspectos a considerar: Es derecho de todo paciente ser tratado con confidencialidad y privacidad, por lo que toda la información que expresa a su médico, se maneja de forma reservada y no se divulga más que con la autorización expresa de su parte. Esto incluye el derecho a recibir atención médica de forma privada, o bien acompañado de un familiar cuando así lo desee; por lo tanto es su decisión autorizar o no la presencia de terceras personas durante su atención. //

Aspects to consider: It is the right of every patient to be treated with confidentiality and privacy, so all the information expressed to your doctor is handled in a reserved manner and is not divulged except with your express authorization. This includes the right to receive medical attention privately, or accompanied by a family member; therefore it is your right to decide if you authorize or not being accompanied by others during your medical attention.

AUTORIZACIÓN/ AUTHORIZATION:

Al firmar este documento, yo _____ autorizo la permanencia durante la consulta médica a la siguiente persona: // By signing this document, I _____ authorize the following person to stay during the medical consultation:

Nombre de la persona designada // Name of the designated person

Relación con el paciente // Relation with the patient

Tomando en cuenta los aspectos a considerar antes descritos, y entendiendo los efectos que de esto pueda surgir, declaro que he comprendido las explicaciones que se me han dado y el médico que me ha atendido me realizó todas las observaciones y aclaró todas las dudas que le he planteado. // Therefore, by recognizing the aspects before described, and understanding the effects that may arise from this, I declare that I have understood the explanations that have been given to me, and the doctor who has treated me made all the observations and clarified all the doubts I had.

También comprendo que en cualquier momento y sin dar ninguna explicación, puedo revocar la autorización que ahora otorgo. Por ello manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida y comprendo el alcance de mi decisión. // I also understand that at any moment and without any explanation, I can revoke the authorization that I am currently giving. I state that I am satisfied with the information received and that I understand the complete range of my decision.

Nombre y firma de médico tratante
Name and signature of the treating

Nombre y firma del Paciente, tutor o representante legal
Name and signature of the patient, person responsible or legal representative

Nombre y firma del testigo 1
Name and signature of the Witness

Nombre y firma de testigo 2
Name and signature of the 2nd Witness

EN CUMPLIMIENTO CON LO DISPUESTO POR LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES (05.07.10, D.O.F.), LE INFORMAMOS QUE SUS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS.
CENTRO DE EXCELENCIA MEDICA EN ALTURA, LIBRAMIENTO CIRCUITO LA CONCEPCIÓN KM 2 S/N, COL. LA CONCEPCIÓN, SAN AGUSTÍN TLAXIACA, HIDALGO, C.P. 42162



Lugar y Fecha / Place and Date: _____

Nombre del paciente / Name of the Patient: _____

No. De Expediente / File Number: _____ Edad / Age: _____ Fecha de Nacimiento / Date of Birth: _____

NO AUTORIZACIÓN/ NOT AUTHORIZATION:

Al firmar este documento, yo _____ **NO autorizo la permanencia durante la consulta médica a la siguiente persona:** //By signing this document, I _____

DO NOT authorize the following person to stay during the medical consultation:

Nombre de la persona designada // Name of the designated person

Relación con el paciente // Relation with the patient

Tomando en cuenta los aspectos a considerar antes descritos, y entendiendo los efectos que de esto pueda surgir, declaro que he comprendido las explicaciones que se me han dado y el médico que me ha atendido me realizó todas las observaciones y aclaró todas las dudas que le he planteado. // Therefore, by recognizing the aspects before described, and understanding the effects that may arise from this, I declare that I have understood the explanations that have been given to me, and the doctor who has treated me made all the observations and clarified all the doubts I had.

Nombre y firma de médico tratante
Name and signature of the treating

Nombre y firma del Paciente, tutor o representante legal
Name and signature of the patient, person responsible or legal representative

Nombre y firma del testigo 1
Name and signature of the Witness

Nombre y firma de testigo 2
Name and signature of the 2nd Witness