



**CENTRO DE EXCELENCIA MEDICA EN ALTURA
MEDICINA GENERAL
EGRESO VOLUNTARIO**

San Agustín Tlaxiaca, Hgo., a _____

Nombre _____.

Edad: _____.

Identificación: _____.

Expediente: _____.

Dirección: _____.

Teléfono: _____.

En pleno uso de mis facultades mentales por mi propia voluntad, y no obstante de la opinión del Personal Médico y de Enfermería, he decidido solicitar mi ALTA VOLUNTARIA del Centro de Excelencia Médica en Altura by FIFA (Clínica de Medicina Deportiva S.A. de C.V.), motivo por el cual eximo de toda responsabilidad médica y civil a todo el Hospital, personal médico y de enfermería que labora aquí, acepto las complicaciones, eventualidades y consecuencias como incapacidad y muerte que pudieran presentarse a mi egreso.

Resumen médico:

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

FECHA: _____ HORA: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO

NOMBRE Y FIRMA DEL FAMILIAR RESPONSABLE

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO TRATANTE

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 BY FIFA, LIBRAMIENTO CIRCUITO LA CONCEPCIÓN KM 2 S/N, COL. LA CONCEPCIÓN, SAN AGUSTÍN TLAXIACA, HIDALGO, C.P. 42162