INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

Delegación HIDALGO

Unidad Médica HOSPITAL GENERAL ACTOPAN

Servicio

Cama o camilla

Alta Voluntaria

Fundamentos: Reglamento de la Ley General de salud en materia de prestación de servicios de atención médica, artículo 79; Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico, numeral 10.2 y apéndice D-18.

Nombre

Número de Seguridad Social y Agregado Médico

Edad **Fecha de Nacimiento**

En _____; a _____ de _____del _____ siendo las _____ horas, yo _____ en mi carácter de _____ con identificación oficial _____ expreso mi libre voluntad para solicitar atentamente "ALTA VOLUNTARIA" del Paciente _____ con número de seguridad social _____ internado en la cama / camilla _____del servicio de _____ de la Unidad Médica HOSPITAL GENERAL ACTOPAN y el cual será llevado _____ bajo la autorización _____ quien acepta el envio del paciente de tal forma hago constar que el Médico tratante me proporcionó información completa del padecimiento y el estado actual del paciente, la cual fue realizada en forma amplia, precisa y suficiente; en un lenguaje claro y sencillo e informándome los beneficios de la permanencia, posibles riesgos y complicaciones derivados del "ALTA VOLUNTARIA" así como el derecho a cambiar mi decisión en cualquier momento e incluso cuando me encuentre fuera de la Unidad Médica.

Una vez firmado el presente, eximo a la Unidad Médica HOSPITAL GENERAL ACTOPAN del Instituto Mexicano del Seguro Social, así como a su personal médico, paramédico y administrativo de toda responsabilidad sobre el paciente, teniendo en cuenta que seguiré las medidas recomendadas para la protección de la salud y factores de riesgo.

En caso que el paciente requiera ambulancia para su "ALTA VOLUNTARIA", debe anotar: Nombre de la empresa _____ si es con responsiva médica; el que suscribe _____, Médico con especialidad en _____ con cédula profesional _____ante la Dirección General de Profesiones, otorga responsiva médica para el traslado del paciente el cual será atentido en: _____

RESUMEN CLÍNICO

Fecha y hora de ingreso: _____

Diagnóstico de ingreso: _____

Fecha y hora de alta voluntaria: _____

Diagnóstico al alta voluntaria: _____

Nombre completo y firma del paciente, familiar, tutor o representante	Nombre completo y firma del testigo
Nombre completo, matrícula y firma del médico tratante	Nombre completo y firma del testigo
Nombre completo, matricula y firma del Trabajador Social Clínico o Trabajadora Social	Nombre completo, matricula y firma del Médico Directivo en turno