

Nombre de la Institución o Denominación Social del Establecimiento.

NOTA DE EGRESO VOLUNTARIO

Lugar y Fecha _____

Hora _____

Nombre: _____ No. de Expediente: _____, edad _____

Identificado con: _____

Nombre del Familiar Responsable: _____

Identificado con: _____

Representante Legal: _____

Identificado con: _____

Por medio de la presente manifiesto mi voluntad de egresar de este Hospital, por: _____

Dejando a salvo mis derechos que pudieran corresponderme.

Resumen Clínico

Medidas recomendadas para la protección de la salud del paciente y para la atención de factores de riesgo, durante su egreso y traslado.

Lo anterior con fundamento en la Norma Oficial Mexicana NOM 168 – SSA1 – 1998 del Expediente Clínico

Nombre y Firma del Paciente

Nombre y Firma del Médico Tratante
Quien se Identifica con:

Nombre y Firma del Familiar Responsable

Nombre y Firma del Médico Tratante

Nombre y Firma del Testigo
Quien se Identifica con:

Nombre y Firma del Testigo
Quien se Identifica con:

Nota: La presente Carta será modificada de acuerdo a las Reformas de la Ley Correspondiente.