(Nombre de la clínica u hospital)

(dirección)

(teléfono)

(Localidad y entidad federativa)

(Número de registro ante la Secretaría de Salud)

ALTA VOLUNTARIA Y RESPONSIVA MÉDICA

Siendo las (Indicar la hora y fecha en que se emite el alta o la responsiva), se solicita el alta de (Nombre del paciente) por (nombre de quien solicita el alta, y si es familiar o médico ).

**Motivos del alta:** (Aquí se explica cuáles son los motivos por los que se solicita el alta o por los que se rechaza algún procedimiento o tratamiento). Para debida constancia, se hace constar lo siguiente:

**Resumen de tratamiento:** Se resume la fecha y hora en que ingresó el paciente, el motivo por el que entró.

Se detallan el diagnóstico y los tratamientos que se han aplicado.

También se indican el estado actual del paciente y los tratamientos que se consideran incompletos, u otras observaciones relevantes.

**Cuidados recomendados** Se indican cuáles son los cuidados que se deben proporcionar al paciente, los medicamentos que debe tomar, así como la recomendación de acudir a cita médica para revisión..

**Responsiva**. Una vez asentado lo anterior, y explicados al paciente y a su familiar los posibles riesgos y consecuencias, debidamente aclaradas sus dudas por el médico tratante, manifiestan que están debidamente enterados, están conscientes y asumen el riesgo que implica el alta voluntaria, liberando al Hospital, al personal médico y de soporte, de toda responsabilidad derivada de la decisión que toman y de las consecuencias derivadas de la presente alta voluntaria. Firmando al calce quienes intervienen para debida constancia legal.

|  |  |
| --- | --- |
| (Nombre del Médico)  Médico tratante  Cédula profesional (Número) | Nombre del familiar que firma la responsiva)  Solicitante |
| (Nombre del testigo del hospital)  Testigo | (Nombre del testigo del familiar)  Testigo |