The Mount Sinai Medical Center
One Gustave L. Levy Place
New York, NY 10029

Date

Name

Unit #

Sex/DOB

Physician Service

SALIDA NO AUTORIZADA

1. Esto certifica que yo salgo/tomando del paciente susodicho del Mount Sinai Medical Center contra el consejo del médico del paciente de mi/el y autoridades de hospital.

2. He sido informado en un idioma que comprendo de los peligros a la salud física y o mental del paciente del mí/el que acompaña de scarga del Medical Center en este momento. He sido dado la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas completamente y de modo satisfactorio.

3. Asumo personalmente los riesgos y las consecuencias del alta y libero al Centro médico, sus empleados, estudiantes y al personal médico de toda responsabilidad resultante del alta.

Paciente/Pariente o Tutor(a)* _____ Nombre en Letra Imprenta _____ Firma _____ Fecha / Tiempo (_____ Parentesco)

Testigo de firma _____ Nombre en Letra Imprenta / Titulo _____ Firma _____ Fecha / Tiempo

Esto certifica que informé al paciente de los riesgos de salida no autorizada. El paciente/representante se negó a firmar el arriba.

_____ Provea a Miembro Firma _____ Fecha

C2F12 (Rev. 9/08)