



PARTE DE **Bupa**

### Hospital CIMA

Paseo Manuel Girona, 33  
08034 Barcelona  
Tel. 935 522 700  
Fax 935 522 749  
sanitas.es

TARJETA DE IDENTIFICACIÓN

## ALTA VOLUNTARIA

Con esta fecha se da de alta en el Hospital CIMA a D./Dña.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Asegurado en: \_\_\_\_\_

Con número de Póliza: \_\_\_\_\_ a petición de (indíquese parentesco y nombre) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, en contra de la opinión del médico que subscribe, que estima debe continuar la hospitalización por: \_\_\_\_\_

y habiéndose advertido al peticionario que el Hospital CIMA queda exento de responsabilidades por las consecuencias que se deriven de este Alta, así como se le han hecho presentes los perjuicios que pueden irrogarse al enfermo.

Y para que conste, se extiende este documento en \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, en ejemplar triplicado.

El Peticionario

El Director del Hospital CIMA

El Testigo

Fdo.: D/Dña.:

DNI:

Fdo.: D/Dña.:

DNI:

MÉDICO QUE FIRMA EL ALTA:

N.º COLEGIADO:

**02**

Se cursará un ejemplar a: Administración del Hospital CIMA, Inspección de Servicios Sanitarios e Historia Clínica.