

Número de Expediente \_\_\_\_\_

**UNIVERSITY MEDICAL CENTER**

(Referido en adelante como UMC)

**DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE**  
**FORMULARIO DE FIRMA**

Le animamos a participar en la gestión de su salud. Podemos trabajar mejor si usted entiende lo que espera de nosotros y lo que esperamos de usted. Aquí está un resumen de sus derechos y responsabilidades como usuario de los Servicios de Salud del Centro Médico Universidad. Si desea tener más información sobre cualquiera de estos puntos, consulte a su doctor o cualquier personal del Centro Médico Universidad.

Estoy firmando que he recibido y acepto los Derechos y Responsabilidades del paciente.

Nombre impreso del paciente \_\_\_\_\_

Firma del paciente/ Padre o guardián \_\_\_\_\_

Relación al paciente \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_