

TARJETA DE IDENTIFICACIÓN



Hospital Universitario La Zarzuela

C/ Pléyades, 25
28023 Aravaca (Madrid)
Tel. 917 679 100
Fax 917 679 346
sanitas.es

PARTE DE **Bupa**

ALTA VOLUNTARIA

Con esta fecha se da de alta en el Hospital Universitario La Zarzuela a D./ Dña.: _____

_____ Asegurado en: _____

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

_____ en contra de la opinión del médico que suscribe, que estima debe

continuar la hospitalización por: _____

y habiéndose advertido al peticionario que el Hospital Universitario La Zarzuela 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 testigo

Fdo.: D/Dña:
DNI.:

Fdo.: D/Dña.:
DNI.:

02

MÉDICO QUE FIRMA EL ALTA:

N.º COLEGIADO:

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