



COMPROMISO DE PERMISO TERAPEUTICO

En el Hospital del Salvador de Valparaíso, a...../...../.....

De acuerdo al trabajo previo realizado e indicaciones entregadas por mi equipo tratante respecto a mi tratamiento, es que declaro conocer la importancia del permiso terapéutico en mi domicilio, y consiento su realización

Sí acepto: No acepto:

Declaro además que cumpliré íntegramente con lo indicado por el personal durante el permiso

- Cumplir medidas de autocuidado: prevención de accidentes, y otras enfermedades
- Cumplir administración de fármacos según indicación
- Aceptar y cumplir el cuidado y supervisión de familiares
- No consumir drogas / alcohol
- Otras que se me hayan indicado

Datos del paciente, su familiar y/o representante, psiquiatra y enfermero/a:

Paciente:	Firma:
Familiar:	Firma:
Firma de psiquiatra tratante:	
Firma de Enfermera/o:	
Días y horarios acordados para salida:	
Días y horarios acordados para retorno:	
Fecha:	