

# Certificado de Alta Voluntaria y/o el Rechazo a la Indicación Médica

Por medio de la presente, con fecha.....

yo, .....

Cl. ...., declaro desistir en forma voluntaria de la atención psicológica  
ofrecida en el Centro Psicológico Revincularse, por los profesionales tratantes.

La razón de mi renuncia a este tratamiento responde a:

De esta manera, declaro conocer las indicaciones terapéuticas recomendadas por los  
profesionales de este Centro Psicológico y decidir voluntariamente no seguirlas, aceptando con  
eso mi necesaria renuncia al tratamiento.

---

Firma