



**DOCUMENTO FINALIZACION VOLUNTARIA DE TRATAMIENTO PACIENTE FACULTAD DE ODONTOLÓGIA**  
**UNIVERSIDAD DE CHILE**

Yo, \_\_\_\_\_ Rut: \_\_\_\_\_, v  
he decidido solicitar mi alta voluntaria, en relación al tratamiento odontológico, que me encuentro realizando en la Clínica  
de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, con fecha \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Las razones que me obligan a tomar esta desición son:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Declaro comprender las implicancias que esto puede conllevar para mi salud y entiendo que desde este momento la evolucion y resultados futuros de mi tratamiento son de mi exclusiva responsabilidad.**

Nombre y firma del paciente: \_\_\_\_\_  
Rut: \_\_\_\_\_.

Nombre y firma del tutor/a ( si corresponda) \_\_\_\_\_.  
Firma \_\_\_\_\_.

Nombre y firma del docente/profesional a cargo:  
\_\_\_\_\_.

Nombre y firma estudiante tratante (si corresponde):  
\_\_\_\_\_.