

**ACUERDO DE SALIDA DEL REFUGIO DEL PACIENTE DE DHS
PARA REFUGIOS PARA ADULTOS SOLTEROS
Y COMPLEJOS DE STREET SOLUTIONS**

SOLO Nuevas Referencias

Nombre de la instalación de atención médica: _____

Nombre del paciente: _____

Nombre del trabajador social del caso: _____

Yo, _____ acuerdo ser despachado de un refugio
(nombre del paciente)
de DHS o a Safe Haven. Se me ha explicado que no existe otra opción para la salida en este momento o he rechazado el siguiente hospedaje, cuando se me ha ofrecido:

Comprendo que la mayoría de los refugios y Safe Havens no cuentan con atención médica en el mismo local ni con enfermería las 24 horas del día. Entiendo que tendré que ser independiente en todas mis actividades del diario vivir.

Comprendo además que puedo obtener acceso al sistema de refugio del DHS sin divulgar mis datos médicos. Tengo derecho a una copia firmada de este formulario.

Firma del representante del hospital

Fecha

Firma del paciente

Fecha