

Leave of Absence from Psychiatric Service

Patient's Name: _____

Date: _____

The above-named patient may be placed on a temporary leave of absence from the psychiatric service of *(name of hospital)* _____ at *(time and date)* _____ to *(responsible person)* _____.

Address of responsible person: _____

Telephone: _____

To be readmitted at: _____
(time and date)

Signature: _____
(attending psychiatrist)

Date: _____ Time: _____ AM/PM

Patient readmitted at: _____
(time and date)

By: _____

If, during the patient's absence, there is any need to contact the hospital, the following number should be called: _____

**PREPARE IN DUPLICATE
ONE COPY TO PATIENT, ONE COPY TO MEDICAL RECORD**

Permiso Para Ausentarse de Servicios Psiquiátricos

Nombre del Paciente: _____

Fecha: _____

El paciente arriba mencionado podrá ausentarse temporalmente del servicio psiquiátrico de
(*nombre del hospital*) _____
_____ a las (*hora y fecha*) _____ bajo la responsabilidad de
(*persona responsable*) _____.

Dirección de la persona: _____

Teléfono: _____

El paciente ingresará nuevamente el: _____
(*hora y fecha*)

Firma: _____
(*psiquiatra del caso*)

Fecha: _____ Hora: _____ AM/PM

El paciente ingresó nuevamente el: _____
(*hora y fecha*)

Por: _____

Si durante la ausencia del paciente fuera necesario ponerse en contacto con el hospital, llamar al siguiente teléfono: _____

**PREPARE IN DUPLICATE
ONE COPY TO PATIENT, ONE COPY TO MEDICAL RECORD**