

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)

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 Psiquiatricos

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)

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**