**ACTA DE EGRESO DEL CTPI**

FECHA DE EGRESO\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

HORA: \_\_\_\_: \_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CONDICIONES** | **SI** | **NO** |
| Sale caminando por sus propios medios |  |  |
| Se entregan todas sus pertenencias |  |  |
| Sale con acompañante |  |  |
| Sale con heridas ocasionadas durante la estancia en el CTP |  |  |
| Firma egreso |  |  |
| Se Realiza remisión |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA REMISION:** | | | | |
| Motivo de remisión fue de Salud física (Lesiones o condición de salud) | | **SI** | **NO** | **N/A** |
| Motivo de remisión fue de Salud mental: (ideaciones suicidas, autoagresiones, psiquiatría) | | **SI** | **NO** | **N/A** |
| Número de la ambulancia: | Placa de la Ambulancia: | | | |
| Personal Salud a Cargo: | Institución de traslado: | | | |

**OBSERVACIONES ADICIONALES:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FIRMA DEL PROTEGIDO AL EGRESAR**