

DECLARO, que he sido informado por el médico D. _____ de los riesgos de la exploración y habiendo leído la presente firmo como **CONFORME:**

En _____ a, _____ de _____ de _____.

Paciente
D.N.I.:
Fdo.:

Representante legal
D.N.I.:
Fdo.:

Médico
Nº Col.:
Fdo.:

Nombre del representante legal en caso de incapacidad del paciente con indicación del carácter con el que interviene (padre, madre, tutor, etc.).

DENEGACIÓN/REVOCACIÓN

Después de ser informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi **DENEGACIÓN/REVOCACIÓN** (*táchese lo que no proceda*) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

En _____ a, _____ de _____ de _____.

Paciente
D.N.I.:
Fdo.:

Representante legal
D.N.I.:
Fdo.:

Médico
Nº Col.:
Fdo.:

Nombre del representante legal en caso de incapacidad del paciente con indicación del carácter con el que interviene (padre, madre, tutor, etc.).

MUY IMPORTANTE: ESTE TRATAMIENTO NO SE PUEDE ADMINISTRAR A MUJERES EMBARAZADAS O QUE CREAN PUEDAN ESTARLO.