

Declaraciones y Firmas.

CONSENTIMIENTO

El médico Dr./Dra. _____ me ha explicado de forma satisfactoria qué es, como se realiza y para qué sirve _____. También me ha explicado los riesgos existentes, las posibles molestias o complicaciones y que es el procedimiento más adecuado para la situación clínica actual de: mi hijo/a _____.

(Nombre y apellidos)

He comprendido perfectamente todo lo anterior y doy voluntariamente mi autorización y consentimiento para que el Dr./Dra _____ y el personal ayudante le realicen _____. Si durante el procedimiento, de manera imprevista, se necesitase para bien del paciente realizar algún tipo de maniobra o intervención no informada previamente, **autorizo expresamente** a que se lleve a cabo. También se me ha informado de que puedo retirar este consentimiento cuando lo desee.

Fecha: _____ .

Firmado:

Nombre y apellidos: _____ . DNI: _____

(Padres, tutor o representante legal)

MÉDICO

Yo, el/la Dr./Dra. _____ he informado a este paciente y/o a su representante legal, del propósito y naturaleza del procedimiento, _____, así como de sus riesgos y alternativas.

Firma y número de colegiado del médico responsable: _____

DENEGACION/REVOCAION

Yo D/Dña _____, en calidad de _____ después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto para mi hijo/a, manifiesto de forma libre y consciente mi **DENEGACIÓN/REVOCACIÓN** (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

En _____ a (fecha) _____

Fdo. Paciente:
DNI:

Fdo. Tutor/Representante legal
DNI:

Fdo. Dr/a.
Nº Colegiado:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Paciente: _____

Edad _____ Sexo _____

Hospital _____ .. Hª Clínica nº _____

Servicio _____

Habitación/Cama _____ .Fecha _____

Hora _____ .. Localidad _____