

8. Declaración de consentimiento

Don/Doña _____
de _____ años de edad, con domicilio en _____ ,
DNI _____

Don/Doña _____
de _____ años de edad, con domicilio en _____ ,
en calidad de (representante legal, familiar o allegados de la
paciente) _____ .con DNI _____

Declaro:

Que el Doctor/a _____ me
ha explicado que es convenientemente/necesario, en mi situación la realización
de _____ ..

En _____ , año _____ .de _____ de 20_____

Fdo.: Don/Doña _____ . DNI _____

Fdo.: Dr./Dra _____ Colegiado nº: _____

8. Revocación de consentimiento

Revoco el consentimiento prestado en fecha _____ de _____ y no deseo
proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizada.

En _____ , año _____ .de _____ de 20_____

**Fdo.: Médico
Colegiado nº: _____**

**Fdo.: Paciente
DNI _____**