

9. Se puede utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.

10. La realización del procedimiento podrá ser filmada con fines científicos o docentes, salvo que yo manifieste lo contrario, sin que comporte ningún riesgo para la salud de mi hijo.

11. Declaro haber recibido la información sobre la intervención de Colonoscopia de forma clara, fehaciente y ajustada a mis conocimientos, haberla entendido, aclarado dudas, y valorado los posibles riesgos subyacentes a la intervención descrita, tomando la decisión de acuerdo con mi propia y libre voluntad, que podré revocar en cualquier momento.

De acuerdo con todo ello,

DOY MI CONSENTIMIENTO		
Nombre de la persona que autoriza (padre, madre, tutor legal) y VºBº del niño si es mayor de 12 años (opcional)	Médico informante	
Sr/Sra..... DNI	Dr./Dra. Nº Col. / C.N.P.:	
Firma autorizada:	VºBº niño	Firma:
Fecha:, a de de 2.....		

NO AUTORIZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO		
Nombre de la persona que NO AUTORIZA (Padre, Madre, Tutor legal) y VºBº niño si es mayor de 12 años (opcional)	Médico Informante	Testigo
Sr. Sra. Sr. Sra. DNI: Firma:	Dr./Dra. CNP/NºCol: Firma: DNI: Firma:
Fecha:, a de de 2.....		

REVOCO MI ANTERIOR CONSENTIMIENTO	
Revoco el consentimiento firmado en la fecha, y no deseo proseguir el tratamiento a mi hijo/hija, que doy con ésta fecha finalizado.	
Nombre:	Dr./Dra. :.....
Firma:	Firma:
Fecha,, a de de 2.....	