

Por 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 20.....	

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 20.....		

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 20.....	