

Autorizo

En , a de de 20.....

Después de ser informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto por el facultativo abajo firmante, manifiesto de forma libre y consciente mi CONSENTIMIENTO para su realización. También se me informa que puedo retirar este consentimiento cuando lo crea oportuno.

Nombre: D.N.I.:

Firma del paciente,

**Firma del médico responsable
Nº de Colegiado:**

Nombre del representante legal en caso de incapacidad del paciente para consentir, ya sea por minoría de edad, incapacidad legal o incompetencia, con indicación del carácter con que interviene (Padre, madre, tutor, etc.).

Nombre: D.N.I.:

Firma:

En calidad de autorizo la realización del procedimiento mencionado.

No autorizo

En , a de de 20.....

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) DE CONSENTIMIENTO para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Motivo:

.....

**Firma del paciente,
D.N.I.:**

**Firma del testigo,
D.N.I.:**

**Firma del médico,
Nº de Colegiado:**

Nombre del representante legal en caso de incapacidad del paciente, ya sea por minoría de edad, incapacidad legal o incompetencia, con indicación del carácter con que interviene (Padre, madre, tutor, etc.).

Nombre: D.N.I.:

Firma:

En calidad de DENIEGO/REVOCO (táchese lo que no proceda) la autorización para realizar el procedimiento mencionado.