

Denegación de realización de pruebas

Don/Doña _____ con
D.N.I. _____, NO AUTORIZO a los profesionales del hospital
_____ a realizarme la
siguiente prueba _____.

En _____, a _____ de _____ de 20____.

Firma _____

Don/Doña _____ con
D.N.I. _____, NO AUTORIZO a los profesionales del hospital
_____ a realizar la
siguiente prueba _____ a (*mi hijo/a, esposo/a,
padre/madre*). _____

En _____, a _____ de _____ de 20____.

Firma _____