

Antes de firmar este consentimiento, si desea que le facilitemos más información o tiene cualquier duda, no tenga reparos en preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto.

9. Declaración de consentimiento

Don/Doña _____ de _____ años de edad, con domicilio en _____, con D.N.I. _____.

Don/Doña _____ de _____ años de edad, con domicilio en _____, en calidad de (representante legal, familiar o allegado del paciente), con D.N.I. _____.

Declaro:

Que el Doctor/a _____ me ha explicado que es conveniente/necesario, en mi situación la realización de _____ Y que he comprendido adecuadamente la información que me ha dado.

En _____ a ____ de _____ de _____.

MÉDICO INFORMANTE:

Nº DE COLEGIADO:
FIRMA:

PACIENTE (O REPRESENTANTE):

FIRMA:

10. Revocación del consentimiento

REVOCO el consentimiento prestado en fecha _____ de _____ de _____
Y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En _____ a ____ de _____ de _____.

MÉDICO:

Nº DE COLEGIADO:
FIRMA:

PACIENTE (O REPRESENTANTE):

D.N.I.
FIRMA: