



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.

### Declaración de consentimiento

Don/Doña \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad,  
(Nombre y dos apellidos del paciente)  
con domicilio en \_\_\_\_\_ y D.N.I.  
nº \_\_\_\_\_ .

Don/Doña \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad,  
(Nombre y dos apellidos)  
con domicilio en \_\_\_\_\_ y D.N.I.  
nº \_\_\_\_\_ en calidad de \_\_\_\_\_ . de \_\_\_\_\_ .  
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)  
\_\_\_\_\_

#### 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:**

### Denegación/Revocación (táchese lo que no proceda) de consentimiento

Don/Doña \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad,  
(Nombre y dos apellidos del paciente)  
con domicilio en \_\_\_\_\_ y D.N.I.  
nº \_\_\_\_\_ .

Don/Doña \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad,  
(Nombre y dos apellidos)  
con domicilio en \_\_\_\_\_ y D.N.I.  
nº \_\_\_\_\_ en calidad de \_\_\_\_\_ . de \_\_\_\_\_ .  
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)  
\_\_\_\_\_

**No autorizo** la realización la realización de \_\_\_\_\_

**Revoco** el consentimiento prestado en fecha \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ .

**MÉDICO INFORMANTE:**  
\_\_\_\_\_  
**Nº de Colegiado:**  
**Firma:**

**PACIENTE (O REPRESENTANTE):**  
\_\_\_\_\_  
**Firma:**