



Si surgiese alguna situación imprevista urgente, que requiriese la realización de algún procedimiento distinto de los que he sido informado autorizo al equipo médico para realizarlo.

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 \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

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

#### MÉDICO INFORMANTE:

\_\_\_\_\_

Nº de Colegiado:

Firma:

#### PACIENTE (O REPRESENTANTE):

\_\_\_\_\_

Firma: