

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 _____ .
(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 _____ .
(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: