

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: