

CONSENTIMIENTO

Después de ser informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi CONSENTIMIENTO para su realización. También se me informa que puedo retirar este consentimiento cuando lo crea oportuno.

Enõ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ .., a õ õ õ õ õ de õ õ õ õ õ õ õ õ õ de 20õ õ .

Nombre paciente:õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ

D.N.I:

Firma del paciente

Nombre médico: õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ

Nº de Colg.:õ õ õ õ õ õ õ õ .

Firma del médico

Nombre del representante legal en caso de incapacidad del paciente para consentir, ya sea por minoría de edad, incapacidad legal o incompetencia, con indicación del carácter con que interviene (padre, madre, tutor, etc.)

Nombre:..... D.N.I:

Firma:

En calidad de autorizo la realización del procedimiento mencionado.

DENEGACIÓN/REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Después de ser informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi DENEGACION/REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO (*táchese lo que no proceda*) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Enõ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ .., a õ õ õ õ õ de õ õ õ õ õ õ õ õ õ de 20õ õ .

Nombre paciente:õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ

D.N.I:

Firma del paciente

Nombre médico: õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ

Nº de Colg.:õ õ õ õ õ õ õ õ .

Firma del médico

Nombre del representante legal en caso de incapacidad del paciente para consentir, ya sea por minoría de edad, incapacidad legal o incompetencia, con indicación del carácter con que interviene (padre, madre, tutor, etc.)

Nombre:..... D.N.I:

Firma:

En calidad de deniego/revoco la autorización para realizar el procedimiento mencionado.