

## Consentimiento informado para videofilmación

Don/Doña \_\_\_\_\_, con  
DNI N° \_\_\_\_\_, AUTORIZO al Dr./Dra. \_\_\_\_\_  
del Servicio de Neurología de este Hospital, a mi videofilmación con fines  
docentes y de investigación.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2\_\_\_\_\_

**PACIENTE**

Fdo.:

**MÉDICO**

Nº Coleg.:

Fdo.:

### REVOCACION

Don/Doña \_\_\_\_\_, con  
DNI N° \_\_\_\_\_, REVOCO el consentimiento prestado el día \_\_\_\_\_ de  
\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2\_\_\_\_\_

**PACIENTE**

Fdo.:

**MÉDICO**

Nº Coleg.:

Fdo.: