

Usted debe saber que existe disponibilidad absoluta por parte del médico que le está informando a ampliar la información si usted así lo desea.

DECLARACIÓN DEL PACIENTE:

Estoy satisfecho con la información recibida, he aclarado mis dudas y sé que puedo REVOCAR este consentimiento sin que precise dar ninguna razón, y sin que ello suponga un deterioro de la calidad de la asistencia recibida.

FECHA: Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á

MÉDICO INFORMANTE:
Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á ..
Nº de Colegiado:
Firma:

PACIENTE (O REPRESENTANTE LEGAL:
Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á ..
D.N.I.:
Firma:

TESTIGO:
Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á ..
D.N.I.:
Firma:

En caso de **REVOCACIÓN/DENEGACIÓN** (táchese lo que no proceda) del consentimiento:

FECHA: Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á

MÉDICO
Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á ..
Nº de Colegiado:
Firma:

PACIENTE (O REPRESENTANTE LEGAL:
Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á ..
D.N.I.:
Firma:

TESTIGO:
Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á ..
D.N.I.:
Firma: