



Si no desea que estas muestras puedan ser utilizadas para la realización de dichos estudios puede firmar la denegación de consentimiento al final de esta página.

Riesgos personalizados: NO  SI  Especificar: \_\_\_\_\_

OTRAS CONSIDERACIONES:

---

**Si precisa más información o alguna aclaración, no dude en preguntarnos.**

### DECLARACIONES Y FIRMAS

Declaro que:

- He sido informado de forma comprensible de la naturaleza y los riesgos del procedimiento mencionado, así como de sus alternativas.
- Estoy satisfecho con la información recibida. He podido formular todas las preguntas que he creído convenientes y me han sido aclaradas todas mis dudas.
- En consecuencia, doy mi consentimiento para su realización.
- Si surgiera alguna situación urgente, que requiriese algún procedimiento distinto del que he sido informado, incluida la transfusión de sangre, autorizo al equipo médico para realizarlo sin previo consentimiento.
- Acepto la posibilidad de que el procedimiento sea realizado por médicos residentes tutelados por médicos especialistas del Servicio.
- He sido informado de la posibilidad de revocar este consentimiento en cualquier momento.

*Firma del paciente,*

*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.

### DENEGACION/REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

*(Táchese lo que NO proceda)*

Después de ser informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi **DENEGACION DE CONSENTIMIENTO** para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

**Revoco** el consentimiento prestado en fecha . ò ò . / ò ò ò ò ò / ò ò ò ò . y no deseo proseguir el tratamiento, que doy en esta fecha por finalizado.

*Firma paciente,*

*Firma testigo,*

*Firma médico,*

*Nº de Colegiado \_\_\_\_\_*

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 *(táchese lo que NO proceda)* la autorización para realizar el procedimiento mencionado.

### DENEGACION DE CONSENTIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DE MUESTRAS CON FINES DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

No deseo que muestras de tejido o sangre extraídas durante el procedimiento puedan ser utilizadas para la realización de estudios bioquímicos o genéticos con fines de investigación científica.

*Firma del paciente*