



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 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 ..

**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:

Don/Doña: õ ..

**No autorizo** la realización de õ .

**Revoco** el consentimiento prestado en fecha .õ õ .. /õ õ õ õ õ õ õ /õ õ õ õ .

**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 ..

**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:**