

DENEGACIÓN O REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Apellido y Nombre del paciente:

Yo, como paciente/ responsable (tachar lo que no corresponda), después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto: _____ y en contra de la opinión médica del profesional tratante, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación /revocación (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

CABA, _____

Datos del paciente

(En caso de corresponder)

Apellido y Nombre

Firma

Tipo y Nº de Documento

Datos del responsable

Apellido y Nombre

Firma

Tipo y Nº de Documento

Vínculo con el paciente

Datos del médico

Apellido y Nombre

Firma

Tipo y Nº de Documento

Matrícula profesional