

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Prueba:

El/la paciente
de..... años de edad, con DNI..... y nº S.S

D./D^a de
años de edad, en calidad de: representante legal, familiar o allegado del/la paciente (señale lo que proceda) con DNI.....

Declaro:

Que el Dr./Dra. me ha explicado que es conveniente/necesario, en mi situación la realización de y que he comprendido adecuadamente la información que me ha dado.

En a de de 20

EL/la paciente:

Fdo.:..... DNI

Representante legal:

Fdo.: D./Dña..... DNI

Fdo.: Dr./Dra. DNI

Colegiado nº:

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento prestado en fecha de de 20 y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En a de de 20

Fdo. Dr./ Dra. Fdo. el/la paciente y/o representante legal

Colegiado nº