

MÉDICO

Por el presente hago constar que he explicado la naturaleza, efectos, riesgos y alternativas del procedimiento arriba mencionado al paciente, quien comprendió y consiente mediante su firma conforme.

.....
Firma y Sello del Médico

REVOCACIÓN

Don-ña: de años de edad
(Apellido y nombres del paciente)

DNI. Nº con domicilio en.....

Don-ña: de años de edad
(Apellido y nombres)

DNI. Nº con domicilio en.....

en calidad de de
(familiar, representante legal (Apellido y nombres del paciente)
o responsable)

REVOCO el consentimiento anteriormente prestado en fecha y no deseo proseguir con el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado asumiendo personalmente los riesgos y consecuencias que esto me implique y liberando a los médicos actuantes de toda responsabilidad por lo que pudiera ocurrirme.

En
(Lugar fecha)

.....
Firma del Paciente

.....
Firma del representante Legal

.....
Firma del Médico